

**UNIVERSIDAD DE CÁDIZ  
FACULTAD DE MEDICINA  
-ANATOMÍA Y EMBRIOLOGÍA HUMANA-**

***LAS HABILIDADES SOCIALES COMO MODULADORAS  
DEL ESTRÉS LABORAL EN EL EJERCICIO PROFESIONAL  
DE LA FISIOTERAPIA: UN ESTUDIO COMPARATIVO  
ENTRE PROFESIONALES Y ALUMNOS DE LA PROVINCIA  
DE CÁDIZ***



***TESIS DOCTORAL  
PETRONILA OLIVA RUIZ  
CÁDIZ, 2010  
UNIVERSIDAD DE CÁDIZ***

***FACULTAD DE MEDICINA***

***PROGRAMA INTERDEPARTAMENTAL. MEDICINA Y CIENCIAS  
APLICADAS AL DEPORTE***

***“LAS HABILIDADES SOCIALES COMO MODULADORAS DEL  
ESTRÉS LABORAL EN EL EJERCICIO PROFESIONAL DE LA  
FISIOTERAPIA: UN ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE  
PROFESIONALES Y ALUMNOS DE LA PROVINCIA DE CÁDIZ”***



***AUTORA:***            *PETRONILA OLIVA RUIZ*

***DIRECTORES:*** *PROF. DR. D. FCO. J. GALA LEÓN.*  
*PROF. DR. D. MANUEL ROSETY RODRÍGUEZ.*

***Tesis presentada para aspirar al grado de Doctor por la Universidad  
de Cádiz***

*A mis padres y a mi abuelo, que me acompañan  
siempre, con todo mi cariño.*

*A mis suegros Rosa y Ramón, que siempre me  
han apoyado.*

*A Miguel, mi marido, compañero y amigo, que  
siempre ha creído en mí.*

*A mis hijos, Ana y Miguel, por su paciencia y  
apoyo.*

## ***AGRADECIMIENTOS***

Deseo expresar mi más sincero agradecimiento a los Profs. D. Francisco Javier Gala León y D. Manuel Rosety Rodríguez, quienes además de trasmitirme su vocación investigadora, me orientaron, ayudaron y estimularon constantemente y directamente en todos los aspectos de la tesis durante estos años. Agradecerles la plena confianza que siempre me han demostrado, así como la dedicación y la atención que en todo momento me han ofrecido.

A mis amigos, Paquita Vega por su apoyo y a su marido Miguel Hagerti por transmitirme paz y serenidad.

A todos los participantes que contestaron pacientemente y de forma desinteresada los cuestionarios, que hicieron factible este trabajo.

## REFERENCIAS DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

AE:	Atención Especializada
AEF:	Asociación Española de Fisioterapeutas
NIA:	Niveles de Asertividad
Anova:	Análisis de Varianza
PD.A:	Puntuación directa en Asertividad
AP:	Atención Primaria
ATS:	Ayudante Técnico Sanitario
BDI:	Inventario para la Depresión de Beck
BOE:	Boletín Oficial del Estado
CAP.:	Capítulo
Coord.:	Coordinador
DLM:	Drenaje Linfático Manual
EAE-S:	Escala de estrés socio-laboral
EAP:	Equipo de Atención Primaria
Edic:	Edición
Edit.:	Editor
EHS:	Entrenamiento en Habilidades Sociales
Et al.:	Y otros o y los demás (abreviatura latina)
FNP:	Facilitación Neuromuscular Propioceptiva.
F-P:	Fisioterapeuta–Paciente.
gl.:	Grados de libertad
HHSS:	Habilidades Sociales.

nc:	Nivel de confianza
OMS:	Organización Mundial de la Salud.
Op. cit.:	Obra citada (abreviatura latina).
PS.:	Personal Sanitario o Profesionales Sanitarios
PS-E:	Personal Sanitario Enfermo
Ps:	Psicología
RAS:	Escala de Asertividad de Rathus
SAS:	Servicio Andaluz de Salud.
SGA:	Síndrome General de Adaptación
SNS:	Sistema Nervioso Simpático
SPSS:	Programa estadístico para las Ciencias Sociales
STAI:	Cuestionario de Ansiedad/Rasgo y Estado
UCA:	Universidad de Cádiz
Vol.:	Volumen
W:	Estadístico W de Wilcoxon.
WCPT:	World Confederation for Physical Therapy

## **ÍNDICE**

	<b><i>Pág.</i></b>
<b><i>CAP. I. INTRODUCCIÓN.....</i></b>	<b><i>1</i></b>
<b><i>CAP. II. EL ESTADO DE LA CUESTIÓN.....</i></b>	<b><i>13</i></b>
2.1. LAS HABILIDADES SOCIALES.....	15
2.1.1. ORÍGENES HISTÓRICOS EN EL ESTUDIO DE LAS HABILIDADES SOCIALES.....	15
2.1.2. EL CONCEPTO DE HABILIDAD SOCIAL.....	17
2.1.3. PRINCIPIOS TEÓRICOS SUBYACENTES AL ESTUDIO DE LAS HABILIDADES SOCIALES.....	26
2.1.4. LOS MODELOS TEORICOS EXPLICATIVOS.....	28
2.1.4.1. Modelo de Bandura: Teoría del aprendizaje social.....	28
2.1.4.2. Modelo Psicosocial Básico de las HHSS de Argyle y Kendon.....	30
2.1.4.3. Modelos Interactivos.....	32
2.1.4.3.1. Modelo de McFall.....	33
2.1.4.3.2. Modelo de Trower.....	35
2.1.5. COMPONENTES DE LAS HABILIDADES SOCIALES.....	39
2.1.5.1. Componentes Conductuales.....	40
2.1.5.2. Componentes Cognitivos.....	56
2.1.5.3. Componentes Fisiológicos.....	58
2.1.5.4. Componentes Afectivos o Emocionales.....	58
2.1.5.5. Componentes Ambientales.....	59

2.1.6. ETIOLOGÍA DE LOS DÉFICITS EN HHSS. ....	60
2.1.6.1. Modelo de Déficit en HHSS. ....	61
2.1.6.2. Modelo de la Ansiedad Condicionada.....	61
2.1.6.3. Modelo Cognitivo-Evaluativo.....	61
2.1.6.4. Modelo de la Discriminación Errónea.....	61
2.1.7. DISTINCIÓN ENTRE LA CONDUCTA ASERTIVA, PASIVA Y AGRESIVA.....	62
2.1.7.1. Conducta Asertiva.....	62
2.1.7.2. Conducta Pasiva.....	66
2.1.7.3. Conducta Agresiva.....	68
2.2. EL ESTRÉS Y EL ESTRÉS LABORAL.....	71
2.2.1. APROXIMACIÓN TERMINOLÓGICA.....	71
2.2.2. EL ESTRÉS LABORAL.....	78
2.2.3. MODELOS DE ESTRÉS LABORAL.....	79
2.2.3.1. Modelo Socioambiental.....	79
2.2.3.2. Modelo Cognitivo-Relacional.....	81
2.2.3.3. Modelo Cognitivo-Conductual de Lazarus.....	81
2.2.3.4. Modelo de Demanda–Control–Apoyo social.....	83
2.2.3.5. Modelo Integrador.....	85
2.2.3.6. Modelo de Eustrés y Distrés.....	86
2.2.4. ESTRESORES LABORALES.....	86
2.2.5. EL ESTRÉS LABORAL EN EL PERSONAL SANITARIO (P.S.)...88	
<b>CAP. III. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>97</b>
3.1. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA Y SU UBICACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN ACTUAL.....	99
3.2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	101



<b>CAP.IV. METODOLOGÍA.....</b>	<b>103</b>
4.1. METODOLOGÍA GENERAL: LOS ESTUDIOS TRANSVERSALES O DE PREVALENCIA.....	105
4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	110
4.2.1. POBLACIÓN.....	110
4.2.1.1. Alumnos.....	110
4.2.1.2. Profesionales.....	111
4.2.2. MUESTRA.....	113
4.2.2.1. Alumnos.....	113
4.2.2.2. Profesionales.....	114
4.3. MATERIAL E INSTRUMENTOS.....	115
4.3.1. Hoja de presentación.....	116
4.3.2. Cuestionarios sociodemográficos.....	117
4.3.3. Escala de Asertividad de Rathus ( RAS ).....	120
4.3.4. Inventario para la Depresión de Beck (BDI).....	122
4.3.5. Cuestionario de Ansiedad STAI (A/E) y (A/R).....	123
4.3.6. Escala de Estrés Socio-Laboral (EAE-S).....	126
4.4. RECOGIDA DE DATOS Y CALENDARIO.....	127
4.5. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS.....	129
4.5.1. Codificación de los resultados.....	129
4.5.2. Análisis estadístico.....	134
4.5.3. Gráficos.....	135
 <b>CAP.V. RESULTADOS.....</b>	 <b>137</b>
5.1. RESULTADOS DE LA MUESTRA DE ALUMNOS.....	139
5.1.1 GUÍA.....	139

5.1.2. TABLAS.....	139
5.1.2.1. Resultados Globales en la Muestra	
total “ALUMNOS” .....	140
5.1.2.2. Resultados Globales en la Muestra de Alumnos	
“SUBGRUPOS” .....	141
5.1.2.3. Pruebas no paramétricas.....	157
5.1.2.4. ANOVA para las variables sociodemográficas	
y psicológicas.....	166
5.1.2.5. Coeficientes de correlación de Spearman entre	
variables sociodemográficas y psicológicas.....	169
5.2. RESULTADOS DE LA MUESTRA DE PROFESIONALES.....	170
5.2.1. GUÍA.....	170
5.2.2. TABLAS.....	170
5.2.2.1. Resultados Globales en la Muestra	
total “PROFESIONALES” .....	171
5.2.2.2. Resultados Globales en la Muestra de Profesionales	
“SUBGRUPOS” .....	172
5.2.2.3. Pruebas no paramétricas.....	193
5.2.2.4. ANOVA para las variables sociodemográficas	
y psicológicas.....	209
5.2.2.5. Coeficientes de correlación de Spearman entre	
variables sociodemográficas y psicológicas.....	215

<b><i>CAP.VI. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....</i></b>	<b><i>217</i></b>
6.1. MUESTRA DE ALUMNOS.....	219
6.1.1. ANÁLISIS DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.....	219
6.1.2. ANÁLISIS DE LAS VARIABLES PSICOLÓGICAS.....	247
6.2. MUESTRA DE PROFESIONALES.....	265
6.2.1. ANÁLISIS DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.....	265
6.2.2. ANÁLISIS DE LAS VARIABLES PSICOLÓGICAS.....	301
6.3. RECAPITULACIÓN GENERAL.....	325
 <b><i>CAP.VII. CONCLUSIONES.....</i></b>	 <b><i>337</i></b>
<b><i>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</i></b>	<b><i>347</i></b>
 <b><i>ANEXOS</i></b>	

## ***I. INTRODUCCIÓN***

---

La comunicación es el medio por el que se establecen las relaciones interpersonales. Se podría definir como un proceso dinámico, fundamental para la existencia, el crecimiento, el cambio y la conducta de las personas individuales y de las organizaciones<sup>(1)</sup>.

La comunicación interpersonal es una parte esencial de la actividad humana, ya que casi todas las horas en que estamos despiertos las pasamos interactuando de alguna manera con los demás<sup>(2)</sup>, por ello es un elemento esencial en las profesiones de “servicio” -entre ellas las sanitarias- por lo que los problemas que rodean a la comunicación ocupan uno de los primeros lugares en todas estas profesiones que emplean una buena parte de su tiempo en interacciones cara a cara.

Sin embargo, aunque el siglo XX ha sido testigo de notables logros con respecto al dominio de habilidades técnicas, parece ser que las habilidades para la mejora de las relaciones interpersonales y sociales se han olvidado<sup>(3)</sup>. Incluso en las profesiones relacionadas con la salud, hasta hace poco, el énfasis se seguía poniendo en la adquisición de competencias técnicas más que de competencias sociales e interpersonales sin tener en cuenta que, para el Personal Sanitario (PS), un adecuado manejo de la comunicación y de las relaciones interpersonales es tan importante como el conocimiento y las destrezas biotécnicas en sí, puesto que toda relación asistencial y/o terapéutica implica un proceso de influencia interpersonal Personal Sanitario-Enfermo (PS-E)<sup>(4)</sup>.

El establecimiento, pues, de una relación interpersonal ajustada a las necesidades coyunturales de cada caso (PS-E) no es meramente una cuestión de

estética, sino que forma parte consustancial de la atención asistencial puesto que incide directamente en el proceso terapéutico<sup>(5)</sup>.

La intensa demanda social de una atención más humanizada en los Centros Sanitarios públicos acorde con el actual modelo Biónicosocial ha ejercido una importante presión sobre las Instituciones Sanitarias. Todo ello ha conducido a una revisión del concepto de Organización Hospitalaria que, finalmente, ha desembocado en el *Plan de Humanización de la Salud*<sup>(6)</sup>. Su principal objetivo es la mejora de la calidad asistencial y el desarrollo de una nueva política sanitaria más preocupada por la calidad de los servicios y por la salud mental de sus trabajadores. Como consecuencia de ello, se considera necesaria la formación de Profesionales Sanitarios capaces de ofrecer cuidados de salud basados en una relación de ayuda de calidad sin descuidar por ello su propio equilibrio físico y mental<sup>(7)</sup>.

Y es que, en el marco de lo dicho, numerosos estudios indican que el estrés propio de las Profesiones Sanitarias es más alto que el de otras muchas ocupaciones<sup>(8-9)</sup>. Atender al dolor, a la muerte, a la enfermedad terminal, a situaciones límite de otros, con el sentimiento frecuente de no poder hacer nada o muy poco, no puede sino generar estrés<sup>(10)</sup>. En nuestro caso concreto de la Fisioterapia, el tratar sin curar a los incapacitados crónicos es una tarea con la que ha de enfrentarse el Fisioterapeuta, y tanto más a medida que la población envejece.

Hasta ahora, la salud mental de los Profesionales que desarrollan su labor en los Servicios de Rehabilitación ha sido objeto de escasa atención<sup>(11)</sup>. Aunque

muchos de los estudios se han realizado con otros Profesionales de la Salud, es posible deducir que muchos de los factores causantes del estrés en estos otros Profesionales Sanitarios, afecten tanto a los estudiantes -en sus prácticas hospitalarias- como a los Fisioterapeutas.

Y es que, el estrés, la depresión y ansiedad subsiguientes son unos de los riesgos laborales más importantes entre los Profesionales Sanitarios, junto a los físicos, químicos y biológicos.

Si trasladamos todo lo antedicho al colectivo que nos ocupa en este trabajo -los Profesionales de la Fisioterapia- podríamos decir que no sólo necesitan aptitudes académicas y destrezas manuales, sino también estrategias para manejar y enfrentarse a problemas de tipo social y personal; estrategias que se adquieren mediante la adquisición de Habilidades Sociales (HHSS), generales y específicas, que les capaciten para establecer unas relaciones interpersonales productivas en su ámbito de trabajo, tanto con el paciente como con los familiares, con el fin de conseguir su colaboración en la aplicación eficaz del tratamiento, así como con los demás miembros del Equipo de Salud. Sin olvidar que la práctica diaria conlleva a la exposición de factores estresantes que generan ansiedad, desaliento y apatía, y que todo ello repercute en el profesional, en el sistema sanitario y, finalmente, en la sociedad<sup>(12)</sup>.

Una cuestión frecuente en la investigación sobre el tema concierne a la posible diferencia en el nivel de estrés entre las diferentes Unidades, Departamentos o Especialidades Sanitarias. La hipótesis subyacente supone que el

tipo de enfermos o el tipo de cuidados que se tienen que dispensar pueden ser una fuente específica y, por ende, distinta de estrés.

La praxis fisioterápica se basa en procedimientos físico-científicos utilizados en el tratamiento de pacientes con una incapacidad, enfermedad o lesión con el fin de alcanzar y mantener la recuperación funcional, social y laboral y de evitar una disfunción o deformidad.

Se prescribe en pacientes de todas las Especialidades de Medicina y Cirugía donde sea necesaria la aplicación de tratamientos con medios físicos, eléctricos (electroterapia), térmicos (termoterapia), mecánicos (mecanoterapia), hídricos (hidroterapia), manuales (cinesiterapia) y ejercicios terapéuticos con técnicas especiales (en neumología, parálisis cerebral, neurología, hematología, reumatología, traumatología y ortopedia, cardiología, geriatría, urología, oncología, etc.), ejercicios maternos pre y postparto y cuantas otras técnicas fisioterápicas puedan utilizarse en el tratamiento de pacientes con una incapacidad, enfermedad o lesión, así como en la prevención y en la educación para la salud.

El tratamiento fisioterápico tiene como objetivos: 1) reducir al máximo la incapacidad física residual, 2) acelerar la convalecencia, y 3) contribuir a la comodidad y bienestar del paciente.

El Fisioterapeuta forma parte de un Equipo Multidisciplinar e Interdisciplinar formado por Médicos, Enfermeros, Psicólogos, Terapeutas Ocupacionales, Logopedas, Trabajadores Sociales, Ortopedas y Personal no Sanitario cuya principal tarea es la de devolver al individuo a su actividad habitual, independencia e integración en la sociedad, en la medida de lo posible, ayudando al paciente a



manejar los problemas producidos generalmente por una enfermedad crónica, o por algún traumatismo que haya producido secuelas, ya sean éstas permanentes o transitorias, por lo que normalmente se trata con situaciones crónicas más que con agudas o de emergencia. Todo ello implica un contacto prolongado con el paciente.

Teniendo en cuenta que el objetivo primordial del tratamiento fisioterápico es devolver al individuo a su actividad habitual -independencia e integración en la sociedad en la medida de lo posible- no sólo se debe atender al problema físico, sino, además, al estrés y desgaste emocional que supone la incertidumbre de volver a la vida cotidiana con las capacidades funcionales disminuidas y, en muchos casos, dependientes -hemipléjicos, lesionados medulares, amputados y otros casos similares-, amén de las vicisitudes específicas de las intervenciones en Medicina del Deporte. De esta forma, el Fisioterapeuta debe ayudar al paciente a aceptar de la mejor manera posible su estado, ya sea transitorio o permanente.

Pero, para que el proceso terapéutico sea eficaz, es necesario inicialmente emplear más tiempo en establecer una relación interpersonal adecuada que en el tratamiento inmediato ya que el paciente afectado por la ansiedad, el miedo u otros aspectos psicológicos no podrá someterse al proceso de rehabilitación, a menos que se le presente la información que necesita de forma no amenazante y dentro de un contexto familiar.

La praxis fisioterápica y la interacción Fisioterapeuta-Paciente (F-P) son directas y cotidianas; de modo que la comunicación se convierte en un elemento básico e ineludible debido a la proximidad y al contacto físico permanente, lo que constituye una de las formas más básicas de comunicación interpersonal<sup>(13-17)</sup>.

Además, en la relación F-P debe ponerse el mayor cuidado en la organización de los procedimientos curativos y en considerar las necesidades personales y los modos de satisfacerlas<sup>(18)</sup>. Debido a que la forma en que se prestan los servicios de rehabilitación puede llegar a ser percibida como un sistema que provoca de manera intencionada dolor y sufrimiento<sup>(19)</sup>.

El tacto y la manipulación física como canales alternativos de comunicación pueden facilitar -realizados adecuadamente- la relación interpersonal con el paciente<sup>(20)</sup>, ya que el Fisioterapeuta no se limita solo a escuchar y valorar, sino que además lleva a cabo un protocolo de tratamiento directo y continuado.

Al tocar el cuerpo del paciente, empleamos un medio primario de comunicación, tanto para los sentimientos positivos como para los negativos<sup>(21)</sup>. El acto de tocar es como cualquier otro mensaje que comunicamos y puede provocar tanto reacciones negativas como positivas, según la configuración de las personas y las circunstancias<sup>(22-23)</sup>.

El tacto es un punto crucial en la mayoría de las relaciones humanas y dentro de la comunicación desempeña un papel de entusiasmo y de expresión de ternura; es manifestación de apoyo afectivo y tiene muchas otras significaciones<sup>(24)</sup>.

Por ello, debemos transmitir respeto por el cuerpo del paciente y aceptación de su estado físico. El Fisioterapeuta que palpa el cuerpo de un paciente mostrando confianza en su propia experiencia y en la función potencial de la persona tratada, abre el camino para que también el paciente gane confianza<sup>(25)</sup>. Además, el contacto manual desempeña un importante papel para tranquilizar al paciente y aportarle seguridad y comodidad<sup>(26)</sup>. Aunque el trabajo diario y en íntima proximidad física

puede dar lugar a malas interpretaciones<sup>(27)</sup>, aplicado en el contexto adecuado, comunica cariño e interés y ayuda al paciente a relajarse.

Teniendo en cuenta que el Servicio de Rehabilitación es el último eslabón en la cadena del tratamiento y recuperación del paciente afectado por una enfermedad, traumatismo o lesión, y que el Fisioterapeuta representa la esperanza del restablecimiento de las capacidades funcionales perdidas, no debemos olvidar que, por lo general, el paciente no sólo sufre una incapacidad física, sino que frecuentemente padece problemas psicológicos y emocionales; menos claros aunque igualmente importantes<sup>(28)</sup> debido a que la pérdida del control físico representa una amenaza emocional por cuanto limita la capacidad del individuo para mantener el control de su persona<sup>(29)</sup> y que, además, con frecuencia, tiene que adoptar comportamientos totalmente nuevos y solicitar la ayuda de terceros para realizar tareas cotidianas básicas. Por todo ello, se ha de establecer unas pautas de comunicación que permitan la fluidez de la información entre el paciente, el profesional y la familia.

Si bien no hay correlación entre la gravedad de una incapacidad y el grado de ajuste<sup>(30)</sup>, a igual grado de lesión, un individuo puede crear una forma de vida gratificante mientras otro queda atrapado en el desvalimiento y la desesperación.

Por ello es necesario que la percepción que el paciente tenga del fisioterapeuta sea la de una persona coherente y capacitada, para así poder desarrollar una relación terapéutica que facilite las dos cuestiones citadas anteriormente: el problema físico y el estrés.

El poder potencial de esta interacción se beneficia del Fisioterapeuta que es “profundamente consciente del uso terapéutico de su propia personalidad en beneficio del paciente”<sup>(31)</sup>, y que actúa de forma adecuada en la exploración y uso de sus propios recursos (por ejemplo, manejando correctamente los estilos de comunicación y de interacción<sup>-32-</sup> sabiendo que lo que él haga y diga afectará en gran medida a la actitud de los pacientes, así como a sus vidas).

Por otra parte, es frecuente que hasta ahora el paciente haya sido un sujeto pasivo: en el Hospital, ha sido intervenido quirúrgicamente, ha recibido los cuidados del Personal de Enfermería y Auxiliares; en Atención Primaria, ha sido igualmente atendido y guiado por los Facultativos, Enfermeros, etc. Pero, a partir de ahora, durante el tratamiento de fisioterapia, el paciente debe comportarse como sujeto activo puesto que este tratamiento constituye un proceso de cambio de comportamientos cuyo objetivo es la reeducación y, en los casos graves, enseñar a una persona a vivir con su incapacidad en su propio ambiente<sup>(33)</sup>. La colaboración del paciente es esencial, pues, para conseguir los objetivos propuestos porque de ello depende su recuperación.

Además, en la interacción F-P debemos tener en cuenta que, aunque la incapacidad física recae sobre una persona, el impacto del cambio en su capacidad funcional suele sentirlo todo el sistema de interrelaciones familiares, por ello debemos establecer relaciones efectivas con el entorno familiar para conseguir su colaboración en la aplicación del tratamiento así como su adhesión al mismo, desempeñando así, el Fisioterapeuta, la doble función de agente del cambio interpersonal y de educador -entrenador cultural en el ámbito de los servicios

sanitarios<sup>(34)</sup>- debido a que muchos enfermos y familiares no poseen las habilidades sociales necesarias para actuar adecuadamente en situaciones desconocidas.

Dicho lo cual, el Fisioterapeuta ha de ser un experto en el reconocimiento de conflictos, y ha de desarrollar la técnica necesaria para controlarlos, ya que la eficacia de la práctica de la Fisioterapia no depende sólo de las aptitudes técnicas del fisioterapeuta, sino de todo el proceso complejo de comunicación interpersonal, a través del cual se realiza dicha práctica<sup>(35)</sup>. De hecho, una de las quejas más comunes entre los usuarios de los Servicios Sanitarios se refiere a las dificultades que encuentran en la comunicación y en la relación con los profesionales que les atienden<sup>(36)</sup>. Por ello, los Organismos Internacionales Sanitarios insisten en que conseguir un contexto psicosocial adecuado para el tratamiento del paciente es una misión fundamental de todo Profesional Sanitario<sup>(37)</sup>.

En relación con lo expuesto anteriormente y sabiendo que el contacto personal intensifica la comunicación verbal, la confianza, la conducta de aproximación y las actitudes positivas del paciente hacia el Personal Sanitario<sup>(38)</sup>, el Fisioterapeuta debe estar capacitado para juzgar las aptitudes del paciente, evaluar sus idiosincrasias y determinar sus motivaciones y actitudes para poder llevar a cabo el tratamiento conveniente y conseguir el mayor grado posible de recuperación<sup>(39)</sup> cubriendo, además, los objetivos de prevención y conservación de la salud. Para todo ello necesita una preparación sólida en Psicología de la Salud y, más concretamente, en HHSS; para poder establecer una relación interpersonal

adecuada, lo que redundará en una mejora del proceso terapéutico<sup>(40)</sup> y en una mayor satisfacción del paciente por el servicio prestado<sup>(41-42)</sup> a la vez que aumentará la satisfacción laboral y autoestima de dicho Profesional Sanitario<sup>(43-44)</sup>.

La investigación sobre las HHSS en los Fisioterapeutas constituye así un campo prometedor de estudio con numerosas posibilidades de aplicación práctica para la formación de este colectivo que ejerce una tarea tan compleja como la de atender a personas necesitadas en diversos escenarios.

En este marco, pretendemos con nuestra investigación, profundizar y analizar las Habilidades Sociales y el grado, si lo hubiere, de Estrés Laboral traducido en Ansiedad y Depresión en este colectivo sanitario que, hasta ahora, ha sido poco estudiado -bajo estas perspectivas y atendiendo a estas variables- en el campo de la investigación.

## ***II. EL ESTADO DE LA CUESTIÓN***

---

## **2.1. LAS HABILIDADES SOCIALES**

---

### **2.1.1.-ORÍGENES HISTÓRICOS EN EL ESTUDIO DE LAS HABILIDADES SOCIALES.**

El estudio científico y sistemático de las Habilidades Sociales (HHSS) se desarrolla en dos focos (Norteamérica y Europa) que van a diferir en el enfoque del concepto y en el ámbito de su aplicación. Mientras que en Norteamérica el enfoque de las HHSS estaría centrado en la Psicología Clínica, en Europa, los estudios irían encaminados hacia la Psicología Social e Industrial.

En Norteamérica, en los años 20, Thorndike<sup>(1)</sup> y sus colaboradores realizaron unos trabajos sobre la “inteligencia social”, concepto que se refería a las capacidades necesarias para comprender y relacionarse con los demás. En los años 30 aparecen los primeros trabajos sobre la socialización infantil, con autores como Jack<sup>(2)</sup> y Page<sup>(3)</sup> que, dentro de un enfoque mentalista, explicaron la conducta social de los niños en función de variables internas, dando un papel secundario a las ambientales; por su parte, Williams<sup>(4)</sup>, Murphy et al.<sup>(5)</sup> y Thompson<sup>(6)</sup> incluyen comportamientos que más tarde serían denominados como “asertivos”.

Entre los años 40 y 50 aparecen las obras de Salter<sup>(7)</sup> y de Wolpe<sup>(8)</sup>, en las que proponen métodos de aprendizaje de respuestas denominadas conductas de “autoexpresión” o “asertivas”. Salter sería el primer terapeuta que, desde un punto de vista conductivista, enfatiza la importancia de la expresión emocional para la salud mental. En su libro denominado “Conditioned reflex therapy” (Terapia de los reflejos condicionados), hizo referencia por primera vez al concepto de “Personalidad excitatoria”, que más tarde Wolpe sustituiría por “Conducta



asertiva". El trabajo fue continuado por Wolpe y Lazarus<sup>(9)</sup>, que dieron nuevos impulsos a la investigación de las HHSS.

En 1966 aparece la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura<sup>(10)</sup> que plantea que el desarrollo social responde a la interacción de múltiples factores, donde intervienen las variables ambientales, individuales y conductuales. Para este autor, las HHSS se aprenden por asociación, por aprendizaje instrumental y por aprendizaje vicario.

De esta manera, junto al desarrollo de la Terapia de Conducta -que proporciona un marco útil para el análisis funcional del comportamiento social- y de las Teorías del Aprendizaje Social elaboradas por Bandura, se establecen las bases conceptuales de este enfoque, quedando en los años 60 totalmente consolidado<sup>(11)</sup>.

En la década de los 70 y principios de los 80 aparecen numerosos estudios relacionados con el desarrollo de procedimientos y numerosas publicaciones al respecto, orientadas a la configuración y validación del procedimiento de entrenamiento de las HHSS.

El libro de Alberti y Emmons<sup>(12)</sup>, "Your perfect right" (Estás en tu perfecto derecho), es el primero dedicado exclusivamente al tema de "La Asertividad"; posteriormente autores como Eisler y Frederiksen<sup>(13)</sup>, Hersen et al<sup>(14)</sup>, Mcfall<sup>(15)</sup> y Goldstein et al<sup>(16)</sup> elaboraron programas de entrenamiento para reducir los déficits en HHSS. A partir de los 80, el concepto de "Habilidades Sociales" empezó a tomar fuerza como sustituto del concepto "Conducta Asertiva", aunque ambos términos fueron utilizados en un mismo sentido por bastante tiempo.

### **2.1.2.- EL CONCEPTO DE HABILIDAD SOCIAL**

Se han dado numerosas definiciones sobre lo que constituye una conducta socialmente habilidosa, no habiéndose llegado todavía a un acuerdo.

El gran número de investigaciones y publicaciones sobre el tema contribuye a generar confusión puesto que es habitual emplear términos diversos para referirse a un mismo concepto<sup>(17)</sup>.

Durante los años 1958-1978, el término que más se utilizó fue el de Asertividad (en la literatura conductual). Después este término se va sustituyendo progresivamente por el de HHSS.

Autores como Meichenbaum, Butler y Grudson afirman que “es imposible desarrollar una definición consistente de habilidad social puesto que ésta es parcialmente dependiente del contexto cambiante”<sup>(18)</sup>.

Además, debe considerarse dentro de un marco cultural determinado, y los patrones de comunicación varían ampliamente entre culturas y, dentro de una misma cultura, dependen de factores tales como la edad, el sexo -unas clases de conductas parecen ser, socialmente hablando, más propias de un sexo que de otro-, la clase social y la educación.

No puede haber un “criterio” absoluto de habilidad social. Sin embargo “todos parecemos conocer qué son las HHSS de forma intuitiva”<sup>(19)</sup>.

De igual forma, no puede haber una manera “correcta” de comportarse que sea universal, sino una serie de enfoques diferentes que pueden variar de acuerdo con el individuo. Por otra parte, el grado de efectividad dependerá de lo que desee lograr la persona en la situación particular en la que se encuentre.

De esta forma, las HHSS han sido consideradas como un concepto multidimensional, caracterizado por factores que interactúan en el individuo dentro de un contexto social, que abarca una serie de comportamientos donde están incluidos diferentes sistemas de respuestas: fisiológicos, emocionales, cognitivos y conductivistas.

Por lo que podemos entender las HHSS como una:

- Conducta que posibilita la disminución de la ansiedad y estrés.
- Conducta que defiende los derechos humanos.
- Habilidad de expresión de los sentimientos.

En general, se espera que la conducta socialmente habilidosa produzca reforzamiento positivo más a menudo que castigo.

Como hemos dicho anteriormente, la compleja naturaleza de las HHSS ha dado lugar a numerosas definiciones:

Pero, además, diversos estudios (y esto es muy importante a los efectos de nuestro estudio) explicitan que las HHSS y la Asertividad funcionan como preventivas frente a la Ansiedad y al Estrés.

Entre los autores que conciben la conducta asertiva como un amortiguador de la Ansiedad y el Estrés, destacan:

Fensterheim y Baer<sup>(20)</sup> que definen al sujeto asertivo como “aquella persona que tiene una personalidad excitativa o activa, el que defiende sus propios derechos y no presenta temores en su comportamiento”; y Wolpe<sup>(21)</sup>, para el que la conducta asertiva es “la expresión adecuada, dirigida hacia otra persona, de cualquier emoción que no sea la respuesta de ansiedad”.

Entre los autores que entienden la conducta asertiva o socialmente habilidosa como una forma de defender los derechos propios del sujeto (lo que redundaría en disminuir la ansiedad y amortiguar el estrés), destacamos a:

Alberty y Emmons<sup>(22)</sup> que la entienden como una “conducta que permite actuar a una persona con base a sus intereses más importantes, defenderse sin ansiedad, expresar cómodamente sentimientos honestos o expresar los derechos personales, sin negar los derechos de los demás”.

Libert y Lewinsohn<sup>(23)</sup> para quienes es “la capacidad compleja de emitir conductas que son reforzadas positiva o negativamente y de no emitir conductas que son castigadas o extinguidas por los demás”.

Rimm y Master<sup>(24)</sup> quienes la describen como “la conducta interpersonal que implica la honesta y relativamente directa expresión de sentimientos”.

Rich y Schroeder<sup>(25)</sup> que dicen de ella que es “la habilidad de buscar, mantener o mejorar el reforzamiento en una situación interpersonal a través de la expresión de sentimientos o deseos cuando esa expresión se arriesga a la pérdida de reforzamiento o incluso al castigo”.

Hersen, Bellack y Turner<sup>(26)</sup>, que la definen como “La capacidad de expresar interpersonalmente sentimientos positivos y negativos sin que dé como resultado una pérdida de reforzamiento social”.

Por su parte, para Alberti y Emmons<sup>(27)</sup> es “la conducta que permite a una persona actuar según sus intereses más importantes, defenderse sin ansiedad inapropiada, expresar cómodamente sentimientos honestos o ejercer los derechos personales sin negar los derechos de los demás”.

Para McDonald<sup>(28)</sup> sería “la expresión manifiesta de las preferencias (por medio de palabras o acciones) de una manera tal que haga que los otros las tomen en cuenta”.

Para Phillips<sup>(29)</sup>, “el grado en que una persona se puede comunicar con los demás de manera que satisfaga los propios derechos, necesidades, placeres u obligaciones hasta un grado razonable sin dañar los derechos, necesidades, placeres u obligaciones similares de la otra persona y comparta estos derechos, etc. con los demás en un intercambio libre y abierto”.

Para Hargie, Saunders y Dickson<sup>(30)</sup>, “un conjunto de conductas sociales dirigidas hacia un objetivo, interrelacionadas, que pueden aprenderse y que están bajo el control del individuo”.

Para Kelly<sup>(31)</sup>, “un conjunto de conductas identificables, aprendidas, que emplean los individuos en las situaciones interpersonales para obtener o mantener el reforzamiento de su ambiente”.

Para Blanco<sup>(32)</sup>, “la capacidad que el individuo posee de percibir, entender, descifrar y responder a los estímulos sociales en general, especialmente a aquellos que provienen del comportamiento de los demás”.

Para Linehan y Goldfried<sup>(33)</sup>, “la capacidad compleja para emitir conductas o patrones de respuesta que maximicen la influencia interpersonal, y la resistencia a la influencia social no deseada (efectividad en los objetivos), mientras que al mismo tiempo maximiza las ganancias, y minimiza las pérdidas en la relación con la otra persona -efectividad en la relación- y mantiene la propia integridad y sentido de dominio -efectividad en el respeto a uno mismo-”.

Por último, para Caballo<sup>(34)</sup> serían “aquellas conductas aprendidas que ponen en juego las personas en situaciones interpersonales para obtener o mantener reforzamiento del ambiente. Pueden considerarse como vías o rutas hacia los objetivos de un individuo”.

Así, vemos como mientras unas definiciones de habilidad social hacen referencia a los contenidos de la conducta, otras se refieren a sus consecuencias (especialmente en la Ansiedad) y, otras, incluso a ambos aspectos. El contenido se refiere principalmente a la expresión de la conducta: opiniones, sentimientos, deseos. Mientras que las consecuencias aluden principalmente al refuerzo social, tanto externo como interno o personales (autorrefuerzo, autoestima) claros amortiguadores de la ansiedad e, incluso, de la depresión.

Al definir la conducta socialmente habilidosa, es necesario tener en cuenta, tanto el contenido como las consecuencias; Caballo, propone una definición que resalta el concepto de expresión, aunque sin olvidar el de reforzamiento:

“La conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas”<sup>(35)</sup>.

En esta definición, subyacen los principios humanistas de respeto a los demás y mejora y, por otro lado, la efectividad en la actuación social.

Otra definición en esta línea, nos la proporciona Gismero<sup>(36)</sup> que entiende la conducta asertiva o socialmente habilidosa como: “El conjunto de respuestas verbales y no verbales, particularmente independientes y situacionalmente específicas, a través de las cuales un individuo expresa en un contexto interpersonal sus necesidades, sentimientos, preferencias, opiniones o derechos sin ansiedad excesiva y de manera no aversiva, respetando todo ello en los demás, que trae como consecuencia el autoreforzamiento y maximiza la probabilidad de conseguir refuerzo externo”.

Con lo que vemos como, generalmente, las HHSS son consideradas como un conjunto de comportamientos interpersonales complejos. También se usa con frecuencia el término Competencia Social que, según Spitzberg y Cupach<sup>(37)</sup>, es el proceso por el cual, la gente se relaciona, de forma eficaz o hábil con los demás.

Otros autores -por su lado- la definen como “la habilidad para conocer y tratar con el ambiente social de forma efectiva y adaptativa” -Buck-<sup>(38)</sup>.

En este marco, Fernández-Ballesteros<sup>(39)</sup> nos la presenta como “un constructo que abarca múltiples facetas relativas a la calidad de los logros de un individuo en el desempeño de sus distintos roles sociales, y que resulta subsidiario del constructo más general de competencia personal”.

Trianes, Muñoz y Jiménez<sup>(40)</sup> consideran las HHSS como componentes de la competencia social, entendida ésta como estructura cognitiva y comportamental, más amplia, que engloba habilidades y estrategias concretas y que está conectada con estructuras motivacionales y afectivas dentro del funcionamiento psicológico personal.

Vemos como tanto el término “conducta socialmente habilidosa” cuanto el de “competencia social” suelen emplearse en general para hacer hincapié en la eficacia de la ejecución; mientras el de habilidad social suele emplearse para hacer énfasis en las capacidades específicas requeridas para ejecutar una tarea.

El uso explícito del término habilidades significa que la conducta interpersonal consiste en un conjunto de capacidades de actuación aprendidas<sup>(41 - 43)</sup>. El término habilidad -pues- se utiliza para indicar que la competencia social no es un rasgo de la personalidad, sino más bien un conjunto de comportamientos aprendidos y adquiridos<sup>(44)</sup>.

Lo que denominamos habilidad o competencia social es un conjunto de distintos tipos de habilidades, que se emplean para fines diferentes. Aunque puede haber muy poca correspondencia entre la capacidad de un individuo determinado de manifestar cierto tipo de habilidad social y su capacidad para poner en juego otra distinta<sup>(45)</sup>.

Monjas et al<sup>(46)</sup> consideran que un individuo puede tener unas determinadas habilidades sociales; pero, para que su actuación sea competente, ha de ponerlas en juego en la situación específica. Así aunque no puede haber “criterios” absolutos, una conducta socialmente habilidosa sería “aquella que posibilitara a un individuo relacionarse adecuadamente con las personas de su entorno”<sup>(47)</sup>.

También se emplean diferentes términos, para hacer referencia tanto a competencia como a las propias habilidades sociales:

Pelechano<sup>(48)</sup> usa el término Habilidades Interpersonales, definido como “un patrón complejo de respuestas que llevan a una confianza y a un reconocimiento



personal, por parte de los demás y resultan eficaces para ejercer un autocontrol así como una interferencia (directa o indirecta) sobre los demás, con la utilización de medios y procedimientos socialmente admisibles”.

Recordemos que Thorndike y Gresham<sup>(49)</sup> ya empleaban la expresión de Inteligencia Social definida como “la capacidad de la persona para comprender e interactuar eficazmente con los objetos y acontecimientos interpersonales... Curiosamente, casi un siglo después, los tan ampliamente divulgados y famosos trabajos de Goleman nos vuelven a hablar de Inteligencia Emocional<sup>(50)</sup> e Inteligencia Social<sup>(51)</sup> otra vez.

Monjas,<sup>(52)</sup> emplea la expresión Comportamiento Adaptativo, como “las habilidades requeridas por el sujeto para funcionar independientemente en el entorno social”.

Por su parte, Cobb, Rush y Monereo<sup>(53-55)</sup> emplean el término Habilidades de Supervivencia, para hacer referencia a “aquellas conductas consideradas como respetables y necesarias para la adquisición y permanencia de una persona en un contexto determinado (escuela, centro de trabajo o grupo social)”.

Existen además de éstas, otras expresiones, cuyo contenido conceptual se puede homologar al de las HHSS tales como: habilidades de interacción social, habilidades para la interacción, habilidades de relación interpersonal, conducta socio interactiva, conducta interpersonal, relaciones interpersonales e intercambios sociales<sup>(56)</sup>.

De entre todas las definiciones encontradas en la literatura científica sobre las HHSS podemos extraer las siguientes características:

Para Alberti las “HHSS”<sup>(57)</sup>:

- Son una característica de la conducta, no de las personas.
- Son una característica específica a la persona y a la situación, no universal.
- Deben contemplarse en el contexto cultural del individuo, así como desde el punto de vista de otras variables situacionales.
- Están basada en la capacidad de un individuo de escoger libremente su acción.
- Son una característica de la conducta socialmente efectiva, no dañina.

Para Van Hasselt et al, tres son los elementos básicos de las HHSS<sup>(58)</sup>:

1. Las HHSS son específicas a las situaciones. El significado de una determinada conducta variará dependiendo de la situación en que tenga lugar.
2. La efectividad interpersonal se juzga según las conductas verbales y no verbales mostradas por el individuo. Además, estas respuestas se aprenden.
3. El papel de la otra persona es importante y la eficacia interpersonal debería suponer la capacidad de comportarse sin causar daño (verbal o físico) a los demás.

Además, dependen de variables tales como el sexo, la edad, el nivel socioeconómico y el contexto socio-cultural. Se organizan en distintos niveles de complejidad, manteniendo una jerarquía, cuyas estructuras se desarrollan desde un nivel molar (habilidades de interacción heterosocial), hasta llegar a uno

molecular (mantener el contacto ocular), habiendo pasado por niveles intermedios (decir no).

Como toda conducta, se encuentran muy mediatizadas por las ideas y creencias respecto a la situación y a la actuación propia de los demás. Con lo cual, pueden ser objeto de intervención, con el fin de desarrollarlas o adquirirlas.

### ***2.1.3.-PRINCIPIOS TEÓRICOS SUBYACENTES AL ESTUDIO DE LAS HABILIDADES SOCIALES.***

El estudio de las HHSS se fundamenta en una serie de principios y conocimientos, establecidos y desarrollados en distintos marcos teóricos y disciplinas científicas, entre ellas: la Teoría del Aprendizaje Social, la Psicología Social y la Terapia de Conducta.

✓ **Teoría del Aprendizaje Social:** Bandura<sup>(59)</sup>, considera el comportamiento social como fruto de la interacción entre factores intrínsecos de la persona -procesos cognitivos y motivacionales- y factores extrínsecos -ambientales y situacionales-. Los procesos importantes que influyen sobre ese comportamiento social son: la historia de reforzamiento directo, la historia del aprendizaje observacional (el modelado), el feedback y el moldeamiento o perfeccionamiento de las habilidades, la cantidad de oportunidades para practicar las conductas y el desarrollo de expectativas de ejecución positiva; es decir, la anticipación de las consecuencias de las respuestas, la autoeficacia, las consecuencias de las respuestas y la autorregulación del comportamiento. Según este autor, la persona, el ambiente y la conducta son variables fundamentales para comprender y predecir la actuación social adecuada. En

síntesis, la conducta es función de la interacción de las presiones externas o situacionales y de los factores personales.

- ✓ **La Psicología Social** nos aporta conocimientos sobre procesos psicosociales implicados y necesarios para el desarrollo de las HHSS, como la percepción social, la atracción interpersonal, la comunicación no verbal, el desempeño de roles, etc.
- ✓ **La Terapia de Conducta** por su lado nos proporciona un marco útil para el análisis funcional del comportamiento social, un conjunto de técnicas de probada eficacia y un conocido rigor metodológico.

Desde esta perspectiva, Skinner hizo mención al papel que desempeñan las cogniciones en la explicación del comportamiento humano al afirmar que: “Una adecuada ciencia de la conducta debe considerar los eventos que se llevan a cabo dentro de la piel del organismo como parte de la conducta misma”<sup>(60)</sup>.

Por otra parte, Mahaney y Kern<sup>(61)</sup> también defendieron que, si bien los eventos privados -los procesos cognitivos- no pueden ser objeto de estudio, desde un punto de vista psicológico, resulta perfectamente lícito considerarlos como factores intervinientes y reguladores de la conducta humana...Como también recogen -de forma similar- García-Pérez y Magaz<sup>(62)</sup>.

#### **2.1.4.- LOS MODELOS TEÓRICOS EXPLICATIVOS**

A continuación revisaremos algunos de los modelos teóricos explicativos de las HHSS descritos en la literatura sobre el tema.

##### **2.1.4.1.- Modelo de Bandura: Teoría del Aprendizaje Social**

Aunque Bandura<sup>(63)</sup> no propone propiamente un modelo de HHSS., su Teoría del Aprendizaje Social es, como ya se ha comentado anteriormente, de gran utilidad y relevancia a la hora de comprender el comportamiento social<sup>(64)</sup>.

Genéricamente, bajo la denominación de Aprendizaje Social encontramos aquellas tentativas de explicar el comportamiento humano y aspectos de la personalidad haciendo referencia a principios extraídos del estudio experimental del aprendizaje<sup>(65)</sup>. En esta línea, autores como Miller y Dollard<sup>(66)</sup> utilizaron en su obra “Personalidad y Psicoterapia”, publicada en 1950, la teoría del aprendizaje de Clark Hull para aclarar el desarrollo de la conducta humana normal y patológica. Dichos autores concedieron cierta atención a la imitación como factor socializador<sup>(67)</sup>. Pero no será hasta los célebres trabajos de Bandura y sus colaboradores sobre la agresión en niños<sup>(68)</sup> cuando la imitación cobre importancia como unidad de análisis del comportamiento<sup>(69)</sup>.

En 1969, Bandura ya había descrito la influencia del aprendizaje observacional o vicario -modelado- en la conducta social y demostrado su efecto a lo largo de un extenso número de estudios<sup>(70)</sup>. Para este autor, contrariamente a lo que sostenían Dollard y Miller,<sup>(71)</sup> la imitación tiene lugar sin ningún incentivo o refuerzo. Es más, demostró que dicho aprendizaje observacional o por imitación de un modelo se produce aun cuando la acción de este último es castigada<sup>(72)</sup>; además,

distingue el aprendizaje observacional de la imitación, porque no nos limitamos a remedar, a la manera de los monos, la conducta ajena, sino que por el contrario extraemos reglas generales acerca del modo de actuar sobre el ambiente y las ponemos en práctica cuando suponemos que con ellas podemos obtener el resultado deseado. Dicho autor tuvo también en cuenta el papel de las expectativas de éxito o fracaso, incluyendo la autoeficacia o creencias de un individuo acerca de su posibilidad de actuar eficazmente para alcanzar lo que quiere. Por lo tanto, si bien es verdad que la conducta es controlada en gran medida por factores de origen externo, también es cierto que las personas pueden controlar su comportamiento mediante metas autoimpuestas y consecuencias generadas por ellas mismas (autoreforzamiento).

Según esta estructura de análisis, la adquisición de las HHSS podría ser el resultado de varios mecanismos de aprendizaje: consecuencia del refuerzo directo, resultado de experiencias observacionales, efecto del feedback interpersonal y conclusión del desarrollo de expectativas cognitivas respecto a las situaciones interpersonales<sup>(73)</sup>.

Desde esta perspectiva, la incompetencia social podría ser explicada por la carencia de conductas adecuadas en el repertorio conductual del sujeto, bien por una socialización deficiente o bien por la falta de experiencias sociales pertinentes (lo que Trower et al denominan fracaso social primario<sup>-74-</sup>); o, también, podría explicarse por la inhibición de las conductas requeridas en una situación interpersonal concreta, debida a presiones tales como la ansiedad condicionada a ciertos estímulos que configuran dicha situación y expectativas negativas respecto

a nuestra competencia social. Así los elementos principales de la conducta social serían<sup>(75)</sup>:

- *Los procesos perceptivos.* Mediante la observación directa del individuo se adquiere información acerca del medio.
- *Los procesos cognitivos reguladores.* La persona prevé las consecuencias que tendrá su conducta y por ese motivo regula la conducta atendiendo a tales predicciones. Se contempla que la persona tiene unas expectativas que se han ido creando a partir de experiencias previas de refuerzo y castigo. A partir de estas expectativas decide la respuesta a emitir.
- *El proceso de ejecución de la conducta.*

#### ***2.1.4.2.- Modelo Psicosocial Básico de las HHSS de Argyle y Kendon***

Argyle y Kendon<sup>(76)</sup> proponen un modelo explicativo del funcionamiento de las HHSS cuyo elemento principal es el rol; en el que se integran, junto a las conductas motoras, los procesos perceptivos y cognitivos.

Este modelo está basado en diversos trabajos realizados en el marco de la Psicología Social Industrial, cuyo objetivo consistía en aplicar de forma análoga el modelo ergonómico, centrado en la relación “hombre-máquina”, al comportamiento social “hombre-hombre”. Las semejanzas entre la interacción social y las habilidades motrices configuran cada uno de los elementos que se exponen a continuación de este modelo:

1. *Fines* de la actuación hábil: tratamos de alcanzar unos objetivos bien definidos.

2. *Percepción selectiva de las señales sociales*: una particularidad de la percepción, en este contexto, consiste en la complejidad y ambigüedad de la información que es necesario procesar en el mundo interpersonal. Esta percepción se refiere tanto a elementos de la situación como personales del interlocutor, así como del *feedback* relativo al proceso de interacción que incluye información tanto verbal como no verbal.
3. Procesos centrales de *traducción*: asignando una significación concreta a la información que reciben del otro, y planificando una alternativa de actuación que consideren eficiente en una situación determinada.
4. *Planificación*: a continuación ese mismo sujeto planifica su actuación, contemplando distintas alternativas y valorando las ventajas y desventajas de cada una.
5. Respuestas motrices o *actuación*: ejecución por parte de los interlocutores de la alternativa de respuesta que estimen más adecuada a la situación.
6. *Feedback* y acción correctiva: Una vez realizada una respuesta, el individuo buscará feedback sobre los efectos que ha producido, siendo capaz de este modo de corregir su plan de acción inicial o dar por cerrado el circuito de interacción.
7. El "*timing*" de las respuestas: durante la interacción social los interlocutores deben sincronizar sus respuestas. Para lograr una sincronía adecuada será necesario que los interlocutores asuman el papel del otro, entre otras cosas, para que cada uno pueda anticipar cuándo va a ser necesario emitir una determinada respuesta y cómo puede esta influir en el otro.



Este modelo explica los déficits en HHSS como un error producido en algún punto del sistema que provocaría una desconexión de todo el proceso.

Siguiendo a García-Saiz y Gil<sup>(77)</sup>, los fallos pueden deberse a distintos motivos:

- Desajuste en los objetivos de los sujetos, bien porque estos sean incompatibles, inapropiados o inalcanzables.
- Errores de percepción, bajo nivel de discriminación, percepción estereotipada, errores de atribución causal, efectos de halo.
- Errores en la traducción de las señales sociales, fracaso al evaluar alternativas, no tomar decisiones o tardar en tomarlas, tomar decisiones negativas.
- Errores de planificación, no analizar las diferentes alternativas de actuación.
- Errores en la actuación, no saber qué hacer, no poseer experiencia.

#### **2.1.4.3.- Modelos Interactivos**

Los modelos interactivos o interaccionistas contemplan la competencia social como el resultado final de una cadena de procesos cognitivos y de conducta que se iniciaría con una percepción correcta de estímulos interpersonales relevantes, seguiría con el procesamiento flexible de estos estímulos para producir y evaluar posibles alternativas de respuesta, de las cuales se seleccionaría la mejor, y finalizaría con la expresión de la acción elegida<sup>(78)</sup>.

Estos modelos interaccionistas son más complejos que los anteriormente expuestos y ponen además énfasis en la interacción entre persona y situación, por lo que podemos decir que existen unos factores ambientales o situacionales que

tienen relevancia en el desarrollo de las HHSS. Según esta posición, la interacción entre individuos y situaciones es inevitable.

#### **2.1.4.3.1.- Modelo de McFall**

McFall<sup>(79)</sup> define a la competencia social como un juicio evaluativo general a la calidad o adecuación del comportamiento social de un individuo en un contexto determinado. Asimismo, afirma que la competencia social es una adecuación de una ejecución total de una persona a una tarea concreta. Este autor pone énfasis en la adecuación de las conductas sociales<sup>(80)</sup>.

Siguiendo a Schlundt y McFall<sup>(81)</sup>, el modelo puede ser resumido en la puesta en marcha de tres categorías de habilidades en sucesivos estadios:

- Habilidades de *decodificación* de los estímulos situacionales: lo que implica recepción de la información, percepción de las características estímulares relevantes e interpretación de éstas dentro de un esquema de conocimiento existente en el sujeto gracias a su historia pasada, su motivación para lograr unos determinados fines, etc.
- Habilidades de *decisión*: sobre la base de la interpretación situacional el sujeto deberá elaborar una proposición de respuesta que considere la más efectiva y la menos costosa al afrontar la tarea estímulo. Este proceso de toma de decisiones implica el empleo de la transformación de la información y el uso de reglas que asocian acciones específicas con circunstancias, almacenadas éstas en la memoria a largo plazo.
- Habilidades de *codificación*: implican la traducción de un programa de proposiciones de respuesta a una secuencia de conductas observables

(ejecución), así como la puesta en marcha de un proceso de retroalimentación que permita comparar los efectos de la ejecución con los esperados y realizar los ajustes oportunos.

En este modelo el individuo es considerado un agente activo, ya que busca y procesa la información, genera observaciones y controla sus acciones con el fin de lograr unos objetivos<sup>(82-84)</sup>; es decir, no sólo es influido por los demás, sino que también influye sobre éstos para que modifiquen su conducta y así poder crear su propio ambiente social.

Los problemas más frecuentes en cada uno de los distintos estadios del modelo podrían resumirse del siguiente modo:

**1. Estadio. Motivación, objetivos, planes.**

- a. Objetivos contradictorios.
- b. Carencia de objetivos.
- c. Los objetivos se transforman a causa de su bloqueo.
- d. Las habilidades cognitivas requeridas para la planificación pueden ser inadecuadas.

**2. Estadio. Habilidades de decodificación.**

- a. Evitación perceptiva a consecuencia de la ansiedad.
- b. Bajo nivel de discriminación y precisión.
- c. Estereotipos imprecisos o abuso de los mismos.
- d. Efecto halo.
- e. Sesgos de atribución.

**3. Estadio. Habilidades de decisión.**

- a. Fracaso en considerar alternativas.
- b. Fracaso en discriminar acciones efectivas.
- c. Fracaso en tomar decisiones.

**4. Estadio. Habilidades de codificación.**

- a. Carecer de habilidades de conducta.
- b. Ansiedad condicionada que inhibe la ejecución.
- c. Distorsiones cognitivas.
- d. Carencia de retroalimentación.
- e. Retroalimentación falsa.

***2.1.4.3.2.- Modelo de Trower***

El modelo de Trower<sup>(85)</sup> -seguido muy de cerca por Wallace<sup>(86)</sup>- se basa en los descubrimientos y paradigmas del procesamiento de la información y la comunicación para explicar el modelo de la conducta socialmente hábil.

Para Trower, Bryant y Argyle<sup>(87)</sup> la conducta social se inicia y mantiene debido a una meta global, que se divide en una serie de submetas unidas mediante un plan de acción: el actor debe percibir primero las características relevantes de las situaciones interpersonales; trasladar estas percepciones a los posibles cursos de acción; decidir qué curso de acción es el más apropiado y, finalmente, ejecutar la acción elegida a través de una serie de respuestas motrices discretas. El feedback del medio se encarga de reiniciar el proceso.

Wallace et al<sup>(88)</sup>, de forma similar, desarrollan un modelo en el que la respuesta eficaz en una interacción social es el resultado de una cadena de conductas que se inicia con una correcta recepción de los estímulos interpersonales relevantes, prosigue con un procesamiento flexible de esos estímulos, destinado a generar y evaluar posibles opciones de respuesta –de las que se elegirá la que se considere más adecuada- y termina con la emisión de la opción elegida.

Así pues, Trower<sup>(89)</sup> propone un modelo que considera a la persona como un sujeto activo que dirige su propia conducta hacia unas metas determinadas. La persona es vista como un agente racional que escoge medios con los cuales intentará satisfacer estas metas.

El individuo busca, procesa la información, genera y controla su acción atendiendo a estos objetivos previamente establecidos. Este autor plantea la necesidad de tener en cuenta una serie de elementos: la capacidad de autocontrol de los eventos externos e internos, la capacidad de ejecución, la meta de dicha ejecución y las representaciones cognitivas y funciones lógicas. La atención consciente puede ser dirigida hacia el exterior (señales sociales) o hacia el interior del individuo (señales o feedback propioceptivo, experiencia pasada o presente, información codificada, actitudes, etc.). Cuando la atención del sujeto se dirige hacia el medio, la información de los estímulos exteriores es procesada por él y clasificada en esquemas de reconocimiento. En cambio, si la persona dirige su atención hacia el interior, la información es comparada con un esquema de reconocimiento, es decir comparada con un auto-estándar de actuación.

Si la evaluación de la situación permite una expectativa de éxito en el sujeto, éste actúa. Si la expectativa es desfavorable llevará a la selección de una nueva conducta o a la retirada de la situación. Si la persona se evalúa como incapaz de alcanzar su estándar y se autovalora de manera incompetente, tiene expectativas negativas de fracaso, se retirará con facilidad.

Las personas hábiles perciben adecuadamente las señales de los demás y de la situación, lo cual les guía hacia la conducta apropiada, siguiendo las reglas sociales. Además, varían sus conductas de acuerdo a las diferentes situaciones en respuesta a las señales del medio y poseen esquemas de las personas y de las situaciones, de modo que las inferencias sobre las señales serán justificadas.

Las personas no hábiles pierden información crucial del medio, pueden centrarse en señales erróneas y hacen inferencias inadecuadas, dando lugar a una conducta incompetente que será negativamente recibida y respondida por los otros. De igual modo, dan respuestas más rígidas en las distintas situaciones, ya que en lugar de estar atentas a las señales sociales, están auto-centradas. Pueden atribuirse el fracaso a sí mismas como derivado de una negativa auto-disposición -timidez, introversión- que las incapacita para desarrollar un comportamiento socialmente eficaz.

Como vemos, tanto el modelo de McFall como el de Trower intentan explicar la respuesta socialmente habilidosa desde un enfoque interaccionista donde aspectos de la persona, de la situación social y de la interacción entre ambas son fundamentales.

Esta acción recíproca de las personas y las situaciones para determinar la conducta constituye la esencia misma del modelo “Interaccionista”, principal marco teórico en la investigación actual de las HHSS<sup>(90)</sup>. Los cuatro rasgos esenciales de este interaccionismo moderno pueden resumirse como sigue<sup>(91)</sup>:

- La conducta real es función de un proceso continuo o una interacción multidireccional –retroalimentación- entre el individuo y la situación con que se encuentra.
- El individuo es un agente activo, intencional, en este proceso de interacción.
- En el lado de la persona dentro de la interacción, los factores cognitivos son los determinantes esenciales de la conducta, aunque los factores emocionales juegan un cierto papel.
- En el lado de la situación, el significado psicológico de ésta para el individuo es el factor determinante básico.

### **2.1.5.- COMPONENTES DE LAS HABILIDADES SOCIALES**

La diversidad conceptual y terminológica vista la encontramos también en lo relativo a los componentes de las HHSS.

Lazarus<sup>(92)</sup>, fue uno de los primeros autores en establecer, desde la práctica clínica, como principales clases de respuesta o dimensiones de dichas habilidades las siguientes: conductual y verbal, cognitiva, fisiológica y situacional. Posteriormente, algunos autores tipifican esos contenidos en función de las habilidades que son necesarias en las interacciones sociales<sup>(93-95)</sup>.

A la hora de estudiar estos componentes se ha enfatizado la posibilidad de hacerlo desde dos niveles de análisis: el molar y el molecular<sup>(96)</sup>:

Las categorías *molares* son tipos de habilidad general como la asertividad, la habilidad heterosocial o la capacidad de actuar con efectividad en las entrevistas laborales. Se supone que cada una de estas habilidades generales depende del nivel y de la forma de una variedad de *componentes moleculares* de respuesta, como el contacto ocular, el volumen de la voz, o la postura. El enfoque molar evita evaluaciones objetivas, específicas, en favor de evaluaciones generales, subjetivas.

El enfoque *molecular* está íntimamente unido al modelo conductual de la habilidad social. La conducta interpersonal se divide en componentes específicos, que pueden medirse de manera objetiva (p. ej., número de sonrisas y número de segundos de contacto ocular). Pero la cuestión más importante es que el impacto social está determinado no por el número de sonrisas o los segundos de contacto ocular, sino por un complejo patrón de respuestas que tienen lugar en conjunción



con las de la otra persona en la interacción. Por ello el enfoque molecular es una estrategia indispensable para la investigación de las HHSS.

Sin embargo, autores como Caballo<sup>(97)</sup> y McFall<sup>(98)</sup>, expertos en la materia abogan por el uso de ambos enfoques o procedimientos.

Por otra parte, algunos autores señalan que la estrategia más útil sería un tercer enfoque que recogiera otros aspectos como los juicios globales (relevancia clínica) y las medidas moleculares (la especificidad metodológica). Este enfoque se denomina **medición de nivel intermedio**<sup>(99)</sup>. Habilidades de este nivel serían la expresión facial, la voz, la postura, etc.

A pesar del énfasis que se está dando en el empleo de este tipo de evaluaciones, se debe decir que este nivel ya se estaba estudiando y trabajando desde hace tiempo<sup>(100-104)</sup> bajo la denominación de elementos moleculares<sup>(105-108)</sup>.

En esta exposición sobre los componentes de las HHSS, básicamente se han tomado como referencia los elementos conductuales observables. Este énfasis en la conducta observable es propio de la Terapia de Conducta y de la mayor parte de la literatura sobre las HHSS. Sin embargo, desde hace unos años se ha dado un progresivo auge a la consideración de la conducta encubierta, es decir, pensamientos, creencias, procesos cognitivos, etc. de los individuos<sup>(109-111)</sup>.

A continuación vamos a analizar los diferentes componentes de las HHSS:

#### ***2.1.5.1- Componentes Conductuales.***

La conducta constituye el aspecto manifiesto de las HHSS, tanto en su concepto molar -global- como en la consideración de sus elementos moleculares -específicos-<sup>(112)</sup>. El componente conductual de las HHSS se ha dividido en

elementos verbales y no verbales. La conducta, tanto verbal como no verbal, es el medio por el que nos comunicamos con los demás y constituye los elementos básicos de la habilidad social.

A continuación exponemos los elementos conductuales más utilizados en la investigación sobre la evaluación de las HHSS<sup>(113)</sup>.

✓ *La Comunicación No Verbal*

La comunicación no verbal es siempre inevitable en presencia de otras personas y, además, es el vehículo principal de expresión de los sentimientos y emociones. A través de ella se define también la relación que se establece entre los interlocutores y se confirman o no los mensajes verbales. Un individuo puede decidir no hablar o ser incapaz de comunicarse verbalmente, pero sigue emitiendo mensajes sobre sí mismo a los demás por medio de su cara y de su cuerpo.

El lenguaje no verbal cumple diversas funciones de apoyo a la comunicación verbal: regula el flujo de la relación, sirviendo de retroalimentación para iniciar o concluir la transmisión de mensajes y fijar la atención del interlocutor (p. ej. asentir con la cabeza mientras otra persona habla o mirar hacia otro lado para interrumpir la comunicación); sustituye al mensaje verbal; complementa o refuerza el impacto del mensaje (p. ej. preocupación por el diagnóstico que se expresa con un gesto facial de fruncir el ceño). Tiene como fin corroborar o contradecir lo que se expresa a través de la comunicación verbal y, en muchas ocasiones, debe ser utilizado por el Profesional Sanitario de forma consciente, aprendiendo a reconocer sus manifestaciones en la conducta del paciente<sup>(114)</sup>. Se

puede decir, incluso, que la manera en que se expresa un mensaje, es mucho más importante que las palabras que se usan<sup>(115-118)</sup>.

Los **Componentes no Verbales** son:

**A).** *Mirada/contacto ocular*: este elemento parece ser fundamental en la evaluación conductual de la habilidad social. Según Fast<sup>(119)</sup>, casi todas las interacciones de los seres humanos dependen de miradas recíprocas. Dicho elemento se utiliza para abrir y cerrar los canales de comunicación y es especialmente importante para regular y manejar los turnos de palabra<sup>(120-121)</sup>.

La mirada actúa simultáneamente como una fuente de retroalimentación, una señal de sincronización, como un indicador de las expresiones y transmite actitudes interpersonales<sup>(122)</sup>.

En general, si la persona que escucha mira más, produce más respuesta por parte del que habla y si el que habla mira más se ve como más persuasivo y seguro. El contacto ocular con otra persona es, normalmente, una señal de implicación, mientras que el desviar la mirada significa, a menudo, un deseo de querer evitar el contacto.

Aunque tenemos que señalar que pautas extremas de mirada -una duración o desviación excesivas- pueden constituir conductas desadaptativas en la comunicación con los demás. La gente que mira más es vista como más agradable, pero mirar fijamente es visto como hostil y/o dominante.

Algunos autores<sup>(123-124)</sup> encontraron que los sujetos con mayor habilidad social miraban más mientras hablaban que los sujetos con baja habilidad social.

**B). La Expresión Facial:** existe una gran evidencia de que la cara es el principal sistema de señales para mostrar las emociones, además de ser el área más importante y compleja de la comunicación no verbal y la parte del cuerpo que más de cerca se observa durante la interacción.

La expresión facial juega varios papeles en la interacción social humana<sup>(125)</sup>:

- Muestra el estado emocional de un interactor, aunque éste puede tratar de ocultarlo.
- Proporciona una retroalimentación continua sobre si se comprende, se está sorprendido, se está de acuerdo, etc., respecto a lo que se está diciendo.
- Indica actitudes hacia los demás.
- Puede actuar de metacomunicación<sup>(126)</sup>, modificando o comentando lo que se está diciendo o haciendo al mismo tiempo.

Alberti y Emmons<sup>(127)</sup> señalan que las conductas habilidosas requieren una expresión facial que esté de acuerdo con el mensaje.

**C). La Postura Corporal:** según Argyle<sup>(128)</sup>, la postura que una persona adopte en una situación particular depende, en parte, de las convenciones culturales que gobiernen dicha situación y, en parte, de la actitud de la persona hacia los presentes. Siempre que dos personas comparten un mismo punto de vista, suelen compartir también una misma postura<sup>(129)</sup>. La posición del cuerpo, de los miembros, la forma como se sienta la persona, como está de pie y como camina, reflejan sus actitudes y sentimientos sobre sí misma y su relación con los demás<sup>(130)</sup>.

Mehrabian<sup>(131)</sup>, señala que hay cuatro categorías posturales:

1. *Acercamiento*, una postura atenta comunicada por una inclinación hacia delante del cuerpo.
2. *Retirada*, una postura negativa, de rechazo o de repulsa, echándose hacia atrás o volviéndose hacia otro lado.
3. *Expansión*, una postura orgullosa, engreída, arrogante o de desprecio, comunicada por la expansión del pecho, un tronco erecto o inclinado hacia atrás, cabeza erecta y hombros elevados.
4. *Contracción*, una postura depresiva, cabizbaja o abatida, comunicada por un tronco inclinado hacia delante, una cabeza hundida, hombros que cuelgan y un pecho hundido.

Según dicho autor, las dos dimensiones principales de la postura en contextos sociales son: el acercamiento -inclinarse hacia delante, tocar, la proximidad física, la mirada, la orientación directa y la apertura de brazos y piernas- y la relajación -posiciones asimétricas de los brazos y piernas, apoyo lateral, relajación de las manos, apoyo hacia atrás-.

Trower, Bryant y Argyle<sup>(132)</sup> indican que las diferentes posiciones de la postura sirven para comunicar distintos rasgos, tales como:

- Actitudes. Las posiciones corporales que reducen la distancia - inclinarse hacia delante- aumentan la apertura hacia el otro, son cálidas, amigables, íntimas, etc. El apoyarse hacia atrás con las manos entrelazadas sosteniendo la parte superior de la cabeza expresa dominancia, sorpresa; los brazos

colgando, la cabeza hundida y girada, timidez; las piernas separadas y los brazos en jarras, determinación.

- Emociones. La postura puede comunicar emociones específicas con las siguientes conductas: hombros encogidos, brazos erguidos, manos extendidas -indiferencia-; inclinación hacia delante, brazos extendidos, puños apretados -ira-.
- Acompañamiento del habla. Los cambios de la postura se emplean para marcar amplias unidades del habla, como en los cambios de tema, para dar énfasis y para señalar el tomar o ceder la palabra.

Para Alberty y Emmons<sup>(133)</sup>, una postura activa y erecta, dando frente a la otra persona directamente, añade más asertividad al mensaje.

**D) Los Gestos:** un gesto es cualquier acción que envía un estímulo visual a un observador. Para llegar a ser un gesto, un acto tiene que ser visto por algún otro y tiene que comunicar alguna información; son básicamente culturales.

Los gestos se constituyen en un segundo canal, muy útil para la sincronización y la retroalimentación. La actividad gestual puede apoyar y amplificar la verbal o bien puede contradecirla, como cuando tratamos de ocultar nuestros verdaderos sentimientos. Después de la cara, las manos son la parte del cuerpo más visible y expresiva, aunque se les presta mucho menos atención<sup>(134)</sup>.

- *Movimientos de las piernas:* muchas veces, en una relación social, las tensiones se expresan por los movimientos de las piernas y los pies. Aunque, cuando estamos hablando con otra persona, son las partes que parecen

escapar más fácilmente a nuestro control, debido a que, parece ser, nuestra atención está concentrada en la cara.

Las oscilaciones rítmicas arriba/abajo del pie, el apretar fuertemente las piernas o el cambio continuo de la posición de las piernas, son formas de expresar tensiones de una manera no consciente. Cuanto más lejos está de la cara una parte del cuerpo, menos importancia le damos<sup>(135)</sup>.

- *Movimientos de cabeza:* los movimientos de cabeza son muy visibles, pero la cantidad de información que pueden transmitir es limitada. Los asentimientos de cabeza juegan un papel importante en la interacción, indican acuerdo, buena voluntad de que el otro siga hablando y actúan como refuerzos de la conducta<sup>(136-137)</sup>, aunque también pueden señalar un deseo de terminar la conversación<sup>(138)</sup>. El sacudir la cabeza -movimiento de rotación- tiene los efectos contrarios al gesto anterior.

**E) Distancia/Proximidad:** existe una presencia de normas implícitas dentro de cualquier cultura que se refieren al campo de la distancia permitida entre dos personas que hablan. Si la distancia excede o es menor que estos límites, entonces se infieren o provocan actitudes negativas<sup>(139)</sup>.

El grado de proximidad expresa claramente la naturaleza de cualquier interacción y varía con el contexto social. El estar muy cerca de la otra persona o el llegar a tocarse sugiere una cualidad de intimidad en una relación, a menos que se hallen en una multitud. Acercarse demasiado puede ofender a la otra persona, ponerle a la defensiva o abrir la puerta a una mayor intimidad.

Hall<sup>(140)</sup> propuso cuatro categorías básicas de distancia interpersonal, que implican diferentes tipos de comunicación:

1. Íntima: 0-45 cm. entre los interlocutores. En esta distancia el contacto corporal es fácil. Las interacciones que tienen lugar a esta distancia son: relaciones sexuales, luchar, proteger o acariciar.
2. Personal: entre 45cm-1,20m. Se da en las relaciones cercanas. En esta distancia se puede tocar al otro y se puede ver mejor que en la distancia anterior, pero no participa el olfato.
3. Social o profesional: 1,20 a 3,65m. Se da en relaciones más impersonales. En esta distancia se necesita un mayor volumen de voz. Se emplea para interacciones con personas con las que no existe una relación íntima, como las relaciones laborales o la comunicación con clientes y pacientes.
4. Pública: desde 3,65m. hasta el límite de lo visible o audible. Se da en ocasiones públicas -conferencias, charlas en público- y todas aquellas situaciones en que no se requiere reconocer a las personas a las que se habla.

**F) El Contacto Físico:** la comunicación táctil es probablemente la forma de comunicación más básica y primitiva y -como es fácilmente comprensible- esencial en la praxis sanitaria, especialmente en la fisioterapia. El tacto es un punto crucial en la mayoría de las relaciones humanas y dentro de la comunicación desempeña un papel de entusiasmo, de expresión de ternura; es manifestación de apoyo afectivo y tiene muchas otras significaciones<sup>(141)</sup>. El contacto corporal es la forma más íntima de comunicación, es la puerta de entrada a la intimidad y permanece como el lazo último entre las personas.



El volumen y calidad del contacto en el adulto varía considerablemente con la edad, el sexo, la situación y la relación de las partes implicadas.

Hay situaciones que facilitarán o inhibirán la conducta táctil. Henley<sup>(142)</sup> sugiere que es más probable que la gente toque:

- Cuando da información o consejo más que cuando lo pide.
- Cuando da una orden más que cuando responde a una orden.
- Cuando pide un favor más que cuando consiente en hacerlo.
- Cuando trata de convencer antes que cuando es convencido.
- Cuando la conversación es “profunda” más que cuando es casual.
- En una fiesta más que en el trabajo.
- Cuando se comunica excitación más que cuando se la recibe de otro.
- Cuando se reciben mensajes penosos más que cuando se emiten tales mensajes.

Heslin<sup>(143)</sup> clasificó los diversos tipos de contacto, de acuerdo con los mensajes comunicados. Así tendríamos:

1. *Funcional-profesional*: se considera a la otra persona como mero objeto. La intención comunicativa de este contacto táctil impersonal, a menudo frío y burocrático, está en el deseo de hacer cumplir una tarea, ejecutar un servicio.
2. *Social-cortés*: su finalidad es la de afirmar la identidad de la otra persona como perteneciente a la misma especie. Si bien ahora el otro es percibido como una “persona”, todavía se aprecia muy poca compenetración entre los

interactuantes. El apretón de manos es el mejor ejemplo de este tipo de contacto.

**3. Amistad-calidez:** esta clase de conducta de toque reconoce más el carácter único del otro, y expresa afecto por esa persona. Se reconoce al otro como amigo.

**4. Amor-intimidad:** la otra persona es el objeto de nuestros sentimientos de intimidad o amor. Las diversas clases de contacto táctil en esta función suelen ser las menos estereotipadas y las que se adaptan a la otra persona en especial.

**5. Excitación sexual:** aunque la excitación sexual suele ser un componente primordial del amor y la intimidad, también puede tener diferentes características. Nos referimos exclusivamente ahora al contacto como expresión de excitación física. La otra persona es, en este caso, un objeto sexual.

El significado de todo mensaje variará de acuerdo con una multitud de factores: el contexto cultural y ambiental, la relación entre los comunicantes, la intensidad y la duración del mensaje, la percepción de dicho mensaje como intencional o no, y así sucesivamente. El acto de tocar o de ser tocado por otro puede producir un gran impacto en la respuesta a una situación, aun cuando tal toque no fuera intencional, sino meramente accidental. En algunos casos, esa forma de contacto es el método más efectivo para comunicarse; en otros, puede provocar reacciones negativas u hostiles. De igual modo, los significados que se le asignan al contacto táctil varían de acuerdo con la parte del cuerpo tocada, el tiempo que dura este contacto, la fuerza aplicada, el modo de tocar y la frecuencia del toque.

Es probable que las primeras informaciones acerca de nosotros mismos, los demás y el medio en el que vivimos nos lleguen a través del tacto.

**G) La Apariencia personal:** nuestra apariencia física es el rasgo más visible y más fácilmente accesible a los demás en casi todas las interacciones sociales. Las características de la apariencia personal ofrecen impresiones a los demás sobre el atractivo, estatus, grado de conformidad, inteligencia, personalidad, clase social, estilo y gusto, sexualidad y edad de ese individuo. La belleza exterior o atractivo físico, desempeña un papel muy influyente en la determinación de las respuestas en una amplia gama de encuentros personales<sup>(144)</sup>.

El desarrollo tecnológico actual permite modificar mucho el aspecto exterior de una persona (maquillaje, cirugía estética, peluquería, etc.). El objeto de la manipulación de la apariencia es la autopresentación, que indica cómo nos vemos y como nos gustaría ser tratados<sup>(145)</sup>. (La ropa y los adornos desempeñan un papel importante en la impresión que los demás se forman de un individuo). Los componentes en los que se basan el atractivo y las percepciones del otro son el físico, la ropa, la cara, el pelo y las manos.

**H) Componentes Paralingüísticos:** la comunicación humana por medio del habla depende del empleo especializado del canal audiovisual. Algunas señales vocales son capaces de comunicar mensajes por si mismas: llorar, reír, silbar, bostezar, etc.; estas pueden afectar al significado de lo que se dice y de cómo se recibe el mensaje.

La misma frase dicha en varios tonos de voz o con determinadas palabras enfatizadas puede transmitir mensajes muy diferentes. El mensaje que lleva las mismas palabras puede ser menos importante e incluso ser contradicho por el tono de voz con que se dice<sup>(146)</sup>.

Existen tres aspectos importantes de la vocalización<sup>(147)</sup>:

1. El sonido como un medio básico de comunicación.
2. El sonido que comunica sentimientos, actitudes y la personalidad.
3. El sonido que da énfasis y significado al habla.

También nos formamos juicios sobre los demás a partir de sus señales vocales; aquellas personas con un variado tono de voz es probable que sean juzgadas como dinámicas y extravertidas; y aquellos con un habla lenta y monótona, como fríos, perezosos y retraídos <sup>(148)</sup>.

Las personas que tienen ansiedad tienden a hablar más lentamente, tartamudean, son repetitivas e incoherentes, mientras que la ira es normalmente expresada por una voz fuerte, con un tono alto<sup>(149)</sup>.

Aquellos individuos que han conseguido mayores logros hablan más deprisa, con más entonación, con un volumen más alto y suenan más confiados y seguros de si mismos. También los conversadores con más fluidez son considerados más competentes, pero no más creíbles o fiables y no hay evidencia de que sean más persuasivos<sup>(150)</sup>.

Las perturbaciones excesivas del habla pueden causar una impresión de inseguridad, incompetencia, poco interés o ansiedad. Pueden considerarse tres clases de perturbaciones del habla:

1. La presencia de muchos períodos de silencio.
2. El empleo excesivo de palabras de relleno durante las pausas: “ya sabes”, “bueno” o sonidos como “uhm, eh”.
3. Repeticiones, tartamudeos, pronunciaciones erróneas, omisiones y palabras sin sentido.

La duración del habla se refiere al tiempo que se mantiene hablando el individuo; está relacionada con la asertividad, la capacidad para enfrentarse a situaciones y el nivel de ansiedad social. Según los estudios realizados<sup>(151)</sup>, la gente que hablaba el 80% del tiempo de la interlocución eran vistos como dominantes, descorteses, egoístas, atrevidos, fríos, poco atentos e inconsiderados; mientras que la gente que hablaba el 50% del tiempo eran evaluados como agradables, atentos, corteses y cordiales. Autores como Caballo y Buela <sup>(152)</sup>, encontraron que el tiempo de habla, junto con la mirada, era uno de los elementos que tenían una relación más elevada con la habilidad social global y que diferenciaba más claramente a los sujetos de alta y baja habilidad social.

#### Los Componentes Verbales:

- *El lenguaje* se emplea para una variedad de propósitos como describir sentimientos, comunicar ideas, razonar y argumentar. Las palabras empleadas dependerán de la situación en que se encuentre una persona, su papel en esa situación y lo que está intentando lograr.

Los elementos verbales se refieren al mensaje temático de lo que dice la persona y, dentro de estos componentes, se incluyen aspectos tales como ciertos elementos del habla (instrucciones, preguntas, comentarios, charla informal,

expresiones ejecutivas, costumbres sociales, estados emocionales y actitudes, mensajes latentes...).

Lazarus<sup>(153)</sup> consideró que los sujetos con HHSS eran capaces de conversar en períodos de silencio de la interacción y eran más sensibles a la retroalimentación del otro. Según este autor entre los elementos de la dimensión verbal estarían:

- a) Capacidad de decir “no”.
- b) Capacidad de pedir favores y hacer peticiones.
- c) Capacidad de expresar sentimientos positivos y negativos.
- d) Capacidad de defender derechos.
- e) Capacidad de iniciar, mantener y terminar conversaciones.

Posteriormente la lista de estos elementos se ha completado dando cabida a los siguientes<sup>(154)</sup>:

- a) Hacer cumplidos.
- b) Aceptar cumplidos.
- c) Hacer peticiones.
- d) Expresar amor, agrado y afecto.
- e) Iniciar y mantener conversaciones.
- f) Defender los propios derechos.
- g) Rechazar peticiones.
- h) Expresar opiniones personales, incluido el desacuerdo.
- i) Expresión justificada de molestia, desagrado o enfado.
- j) Petición de cambios en la conducta del otro.
- k) Disculparse o admitir ignorancia.

l) Afrontar las críticas.

Estas 12 dimensiones son las más básicas, pero se les suele añadir la habilidad para solicitar satisfactoriamente un trabajo y la habilidad para hablar en público<sup>(155)</sup>.

Cabe señalar que estas dimensiones se refieren únicamente a los contenidos verbales de la respuesta. Pero, como hemos dicho anteriormente, los componentes no verbales tienen tanta importancia como éstos ya que, además de ser importantes en sí mismos, pueden matizar el contenido verbal de la respuesta. Por ejemplo, el tono con el que se remarca una frase puede incluso cambiar su sentido de asertiva a agresiva, etc.

- *La Conversación*: la mayoría de la interacción social se vale de la conversación, que consiste normalmente en una mezcla de solución de problemas y transmisión de la información, en el mantenimiento de las relaciones sociales y en el disfrute de la interacción con los demás.

Existen grandes diferencias en la habilidad de los individuos para utilizar el lenguaje y, ésta, se relaciona principalmente con la inteligencia, la educación, el entrenamiento, y la clase social. Asimismo, parte de las HHSS consiste en reunir expresiones que sean diplomáticas, persuasivas o del tipo que sea necesario<sup>(156)</sup>. La conversación, a su vez, implica una integración compleja y cuidadosa regulada por señales verbales y no verbales.

Existen claves no verbales para regular el intercambio verbal. Antes de que las personas comiencen a hablar, deberán:

- Indicar que están prestando atención.
- Estar situadas a una distancia razonable.
- Dirigir sus cabezas o sus cuerpos la una hacia la otra.
- Intercambiar miradas de vez en cuando.

Es necesario que entre el emisor y el receptor se produzca una retroalimentación no verbal mientras hablan: una mirada relativamente fija, asentir con la cabeza, expresiones faciales adecuadas, etc. En ausencia de dichos componentes la conversación se acabaría. Estas señales no-verbales regulan el flujo de la conversación, de manera que cada persona hable cuando es su turno y se produzcan pocas interrupciones o silencios incómodos y prolongados.

Dentro de las características de la conversación también encontramos factores cognitivos en un grado bastante notable: el sujeto debe ser capaz de procesar los estímulos que provienen del que escucha o del que habla, para variar el contenido o acentuar partes de él.

Según Trower<sup>(157)</sup>, los pacientes habilitados hablan significativamente más que los no habilitados, y además son más sensibles a la retroalimentación del otro. Y, según Conger y Farell<sup>(158)</sup>, la conversación, junto con la mirada, son los componentes más importantes al emitir un juicio sobre la habilidad social.

La conversación es claramente el componente más esencial de las habilidades sociales, formando la estructura de la interacción, de modo que la mayoría de la conducta no-verbal está organizada alrededor de ella<sup>(159)</sup>.



### **2.1.5.2.- Componentes Cognitivos**

Parece claro que las situaciones y los ambientes influyen en los pensamientos, sentimientos y acciones de los individuos. La persona busca algunas situaciones y evita otras. El modo cómo selecciona las situaciones, los estímulos y acontecimientos y el cómo los percibe y evalúa, dependen de los procesos cognitivos o expectativas de autoeficacia percibida. El procesamiento y la percepción e interpretación pueden ser erróneos, influyendo negativamente sobre la conducta y desencadenando emociones negativas y conductas inadaptadas o inexistentes.

Argyle y Kendon<sup>(160)</sup>, señalaron que las dificultades en la conducta social podrían estar originadas por factores cognitivos (distorsiones cognitivas) y éstos eran, asimismo, situacionales y específicos.

Los elementos que forman parte de esta dimensión cognitiva son<sup>(161)</sup>:

- *La competencia cognitiva* formada por los conocimientos sobre HHSS, como el uso de la empatía -saber ponerse en el lugar de otro- y la destreza en la solución de problemas, así como la capacidad de usar la conducta verbal y no verbal, al igual que entender su significado.
- *Las estrategias de codificación y constructos personales* donde entrarían en juego aspectos tales como la atención, la interpretación, la percepción social e interpersonal, así como fenómenos de percepción, traducción y ejecución de conductas sociales. En este sentido, cabe recordar que la percepción social permite a las personas observar el entorno social y poder organizarlo, y para

ello es necesario aprender a interpretar las reglas de funcionamiento así como las costumbres y las normas sociales.

- *Las expectativas conducta-resultados* se refieren al pronóstico que una persona realiza en relación a la consecución de unos resultados ante una situación determinada.

- *Las características personales* aluden a que parece estar claro que diferentes personas pueden agrupar y codificar los mismos acontecimientos y conductas de manera diferente y atender selectivamente a las distintas clases de información. Existen diferencias individuales en relación a la motivación y metas que se esperan ante una situación social, y las personas pueden carecer de habilidades necesarias para conseguir estas metas o bien encontrarse con dos metas contradictorias que les generen incertidumbre y conflicto.

Otros factores a tener en cuenta son las creencias y valores que las personas tenemos acerca de nosotros mismos, de los otros y del mundo social que nos rodea. Estas creencias están influenciadas por los procesos de socialización y funcionan como esquemas simplificadores de la realidad, regulan nuestras experiencias y lo que aprendemos <sup>(162)</sup>.

La percepción y la conducta que emite la persona están claramente influenciadas por sus creencias, de modo que pueden verse distorsionadas la percepción de la realidad y su influencia en el comportamiento social atendiendo a creencias erróneas o irracionales <sup>(163)</sup>. De la misma manera, resulta importante destacar la existencia de diferencias en la percepción de la situación dependiendo de ciertas características intrínsecas del sujeto a tener en cuenta como <sup>(164)</sup>:

- *El Sexo*: existen diferencias de sexo en la percepción de la situación.
- *La Edad y la Experiencia*: la mayoría de los autores señalan que el desarrollo de las HHSS depende principalmente de la maduración y de las experiencias de aprendizaje del sujeto <sup>(165)</sup>.
- *La Cultura*: las diferencias en la percepción de una situación depende no tanto de las culturas o sociedades, cuanto de las emociones, reacciones y conductas morales.
- *Las Características Psicofisiológicas*: los sujetos deben poseer capacidades sensoriales y motoras necesarias y una adecuada activación.

#### ***2.1.5.3.- Componentes Fisiológicos***

Los componentes fisiológicos de las HHSS son aquellas señales o variables corporales que se manifiestan como activación del sistema nervioso y demás aparatos (respiratorio, digestivo, circulatorio, etc.)<sup>(166)</sup>.

Los componentes más estudiados han sido: la tasa cardiaca, la presión sanguínea, el flujo sanguíneo, las respuestas electrodermales, la respuesta electromiográfica, y la respiración<sup>(167)</sup>.

#### ***2.1.5.4.- Componentes Afectivos o Emocionales***

Entre los componentes emocionales más importantes se encuentran principalmente la ansiedad, que inhibe la expresión de las habilidades sociales y la empatía, que se define como una respuesta emocional vicaria ante la reacción emocional<sup>(168)</sup> (“ponerse en el sitio y en la situación del otro”).

#### **2.1.5.5.- Componentes Ambientales**

Esta dimensión de las HHSS se refiere a las variables situacionales o ambientales que influyen claramente en la conducta social de la persona. Si tenemos en cuenta que las HHSS son respuestas específicas a situaciones específicas, entonces su efectividad depende del contexto concreto de la interacción y de los parámetros que pueden concurrir en ella. Según señaló Fernández Ballesteros<sup>(169)</sup>, los tipos de variables ambientales a tener en cuenta son:

- Físicas: temperatura, polución, hacinamiento, construcción de edificios...
- Sociodemográficas: género, edad, estado civil, situación de la estructura familiar, número de miembros en el hogar, familia, ocupación del cabeza de familia, lugar de nacimiento, ingresos personales, raza, lengua, religión.
- Organizativas: variables que ordenan o normativizan el comportamiento de los habitantes en un determinado ambiente como empresa, jardín, etc.
- Interpersonales o psicosociales: variables implicadas en las relaciones interpersonales pues las relaciones humanas suelen ser evaluadas en función del comportamiento externo de los sujetos (roles, liderazgo, estereotipos).
- Conductuales: tipos de conducta que se van a adoptar en un ambiente determinado como conductas motoras, fisiológicas o cognitivas.

En relación a los elementos del ambiente, podemos decir que los ambientes cálidos son aquellos lugares físicos agradables inductores de la comunicación personal. El entorno en el que se producen las interacciones sociales puede generar un cierto acogimiento (cálido) o frialdad, lo cual nos hace sentir más cómodos y relajados o, por el contrario, más tensos.

En resumen, y como conclusión a este análisis de los componentes o dimensiones de las HHSS, debemos decir que la conducta habilidosa es situacionalmente específica. Pocos aspectos, si es que hay alguno, de la conducta interpersonal son universal o invariablemente apropiados (o inapropiados). Factores culturales y situacionales determinan las normas sociales. El individuo socialmente habilidoso tiene que saber cuándo, dónde y en qué forma están justificadas las distintas conductas. Así, la habilidad social implica tanto la capacidad de percibir y analizar señales sutiles que definen la situación como la presencia de un repertorio de respuestas adecuadas <sup>(170)</sup>.

#### **2.1.6. ETIOLOGÍA DE LOS DÉFICITS EN HHSS.**

Numerosos autores consideran que los déficits en HHSS podrían conducir al desajuste psicológico<sup>(171)</sup>, y no los consideran una consecuencia o síntoma de la psicopatología <sup>(172)</sup>. Y es que la carencia de HHSS da lugar a que la persona emplee estrategias desadaptativas para resolver sus problemas o conflictos, que generalmente son de carácter social.

Como hemos comentado en apartados anteriores, las HHSS se aprenden y existen unos períodos críticos en su formación -la niñez- donde procesos como la observación de modelos representativos del entorno, la enseñanza directa o el refuerzo y castigo en la interacción social son esenciales para la adquisición de las mismas. Por otra parte, existen diferencias individuales, de tal forma que ciertos individuos manifiestan dificultades en su comportamiento social con los otros.

Como señalan Wilson, Spencer y Kavanagh<sup>(173)</sup> y Caballo<sup>(174)</sup> para explicar las causas de estas carencias se han seguido diversos modelos:

#### **2.1.6.1.- Modelo de Déficit en HHSS**

Este modelo plantea que el déficit se debe a que la persona no ha adquirido el suficiente aprendizaje de los componentes verbales y no verbales necesarios para comportarse de manera adecuada. La persona carece de destrezas necesarias, de un repertorio conductual que le impide comportarse de una manera socialmente hábil, y/o usa respuestas inadecuadas <sup>(175)</sup>.

#### **2.1.6.2.- Modelo de la Ansiedad Condicionada**

Este modelo explicita que es el nivel de ansiedad condicionada a las situaciones sociales del sujeto el que inhibe o impide un comportamiento “socialmente hábil”, aunque la persona tenga las HHSS necesarias para dar su respuesta. Los altos niveles de ansiedad condicionada bloquean la expresión de la conducta asertiva<sup>(176)</sup>, lo que genera -a su vez- más ansiedad.

#### **2.1.6. 3.- Modelo Cognitivo-Evaluativo**

Este modelo es conocido también como de “percepción social”, y atribuye la falta de HHSS a la dificultad que el sujeto tiene de leer -vislumbrar- el ambiente social correctamente, y actúa autoevaluándose negativamente <sup>(177)</sup>. La persona con una buena percepción social ha aprendido a interpretar adecuadamente las señales y mensajes del emisor<sup>(178)</sup>.

#### **2.1.6. 4.- Modelo de la Discriminación Errónea**

Este modelo propone que el déficit en las HHSS está determinado por una inhibición mediada por diversos procesos cognitivos como pueden ser:

evaluaciones cognoscitivas distorsionadas, autoverbalizaciones negativas e inhibitorias, estándares perfeccionistas y autoexigentes de evaluación, expectativas y creencias irracionales, etc.<sup>(179)</sup> de manera, que el sujeto permanece condicionado respecto a lo que puedan pensar los demás o al “que dirán”. En este caso, los procesos cognitivos con los que se evalúa la propia conducta y la de los demás sería el principal factor causal del origen del déficit en las HHSS<sup>(180)</sup>.

Como podemos ver, ninguno de estos modelos explica de manera unánime las dificultades que se presentan en las relaciones interpersonales, recibiendo diversas críticas debido a que la comprensión de las HHSS requiere una explicación de multicasualidad que permita integrar los pensamientos, acciones y sentimientos de las personas.

#### ***2.1.7.- DISTINCIÓN ENTRE LA CONDUCTA ASERTIVA, PASIVA Y AGRESIVA***

A continuación exponemos las diferencias entre los distintos tipos de conducta siguiendo el trabajo realizado por Vicente Caballo<sup>(181)</sup>:

##### ***2.1.7.1.- Conducta Asertiva***

Se define la asertividad como la habilidad personal que nos permite expresar sentimientos, opiniones y pensamientos, en el momento oportuno, de forma adecuada y sin negar ni desconsiderar los derechos de los demás. Es decir, nos referimos a una forma para interactuar efectivamente en cualquier situación que permite a la persona ser directa, honesta y expresiva. El comportamiento asertivo es, generalmente, más adecuado y reforzante que los otros estilos de

comportamiento, ayudando al individuo a expresarse libremente y a conseguir, frecuentemente, los objetivos propuestos.

El estilo asertivo de comunicación es el que asegura una mejor Habilidad Social<sup>(182-184)</sup>. Esta forma de comportarse implica que la persona esté más satisfecha consigo misma y con los demás.

La conducta asertiva es susceptible de ser aprendida. Hay personas que han aprendido a ser asertivas a través de la experiencia que les ha deparado la vida y otras en cambio, por la misma razón, han aprendido a no serlo. Llegar a ser más asertivo es un proceso de aprendizaje y una manera de lograrlo es asimilando las ventajas que supone el actuar asertivamente y las desventajas que acompañan el hacerlo de manera no asertiva.

Alberti y Emmons<sup>(185)</sup> dan unas líneas generales de lo que podría ser la base de la conducta asertiva:

- Nadie tiene derecho a aprovecharse del otro en un nivel de ser humano a ser humano.
- Cada persona tiene el derecho de expresar opiniones tenga el grado de cultura que tenga u ocupe el puesto que ocupe.
- Todas las personas han sido creadas iguales en un plano humano y tienen el privilegio de expresar sus derechos innatos.

La aserción implica respeto hacia uno mismo al expresar necesidades propias y defender los propios derechos y respeto hacia los derechos y necesidades de las otras personas; su objetivo es la comunicación clara, directa y no ofensiva, dejando abierto el camino para el compromiso cuando se enfrenten las necesidades y



derechos de dos personas. El mensaje básico de la aserción expresa quién es la persona; ésto es, lo que yo pienso; ésto es lo que yo siento; así es como veo la situación; y se dice sin dominar, humillar o degradar a la otra persona.

La conducta no verbal como la mirada, la expresión facial, la postura corporal, la entonación y el volumen de voz es también muy importante y puede apoyar o quitar valor a la conducta verbal. Por lo tanto, estas conductas necesitan estar en armonía con el contenido verbal del mensaje asertivo.

El sujeto que se comporta asertivamente reconoce y establece los límites entre los derechos individuales y los de los demás. Con la respuesta asertiva, se enfrenta a la situación, plantándole cara y demuestra un acercamiento a través del cual uno puede mantenerse en una posición independiente o interdependiente. El resultado de dicha conducta no es siempre la ausencia de conflicto entre las dos partes. Ya que esto es con frecuencia imposible, pero normalmente dicha conducta da como fruto el aumento de las consecuencias favorables y la disminución de las desfavorables para los individuos a largo plazo.

La persona que ha actuado asertivamente puede o no cumplir sus objetivos, pero generalmente se siente mejor por haber sido capaz de expresar sus opiniones.

La esencia de dicha conducta puede ser reducida a cuatro patrones específicos: <sup>(186)</sup>

- La capacidad de decir "no".
- La capacidad de pedir favores y hacer requerimientos.
- La capacidad de expresar sentimientos positivos y negativos.
- La capacidad de iniciar, continuar y terminar conversaciones

Para la persona que ha sido objeto de la conducta asertiva es probable que también se den consecuencias favorables, por haber recibido una comunicación clara, no manipulativa; la forma de expresión no niega sus derechos, no le rebaja y no le fuerza a tomar la decisión por otro o ser responsable de la conducta de otra persona.

La persona asertiva:

- Suele defenderse bien de sus relaciones interpersonales.
- Está satisfecha de su vida social.
- Tiene confianza en sí para cambiar cuando necesite hacerlo.
- Es expresiva, espontánea, segura y capaz de influenciar a los demás.

Por ello, para un funcionamiento social efectivo, es necesario<sup>(187)</sup> “conocer la meta de la interacción social -lo que se quiere lograr-, tener las estrategias adecuadas para alcanzar el objetivo social (cómo) y conocer el contexto en el cual una estrategia específica puede ser apropiadamente aplicada (cuándo y donde)”.

Un sujeto que presenta una conducta asertiva:

- Examina los propios intereses y la medida en que uno mismo confía en que deben ser respetados.
- Observa la conducta específica del otro y determina su estilo de comportamiento.
- Controla los sentimientos frente a los demás para no tener conductas agresivas o pasivas.
- Se pone en el lugar del otro y lo trata asertivamente, aunque él no se comporte de igual manera.

- Tiene autoestima.

Según Alberti y Emmons<sup>(188)</sup> “Cada persona debería poder escoger como actuar”. Si podemos actuar asertivamente bajo determinadas circunstancias, pero escogemos no hacerlo, hemos conseguido comportarnos de forma asertiva. Si, por el contrario, somos incapaces de actuar asertivamente –no podemos escoger como comportarnos- y nos atemorizamos ante la no asertividad o estallamos en la agresión “nos dirigirán los demás y nuestra salud mental se resentirá”<sup>(189)</sup>.

#### **2.1.7.2.- Conducta Pasiva**

La conducta pasiva implica la trasgresión de los propios derechos al no ser el sujeto capaz de expresar abiertamente sentimientos, pensamientos y opiniones o expresarlos de una manera autoderrotista, con disculpas, falta de confianza y permitiendo a los demás que violen nuestros sentimientos.

En este estilo de conducta, el mensaje que se comunica es: yo no cuento -puedes aprovecharte de mí-; mis sentimientos no importan -solamente los tuyos-; yo no soy nadie -tú eres superior-. Acompañado de comunicación no verbal pasiva -no asertiva-, como la evitación de la mirada, un patrón de habla vacilante, bajo volumen de voz y una postura corporal tensa con movimientos inapropiados. La conducta pasiva muestra una falta de respeto hacia las propias necesidades. Su objetivo es el apaciguar a los demás y el evitar conflictos a toda costa. El comportarse de este modo en una situación puede dar como resultado una serie de consecuencias no deseables, tanto para la persona que está comportándose de manera no asertiva como con la persona con la que está interactuando.

La probabilidad de que la persona no asertiva satisfaga sus necesidades o de que sean entendidas sus opiniones se encuentra reducida, debido a la falta de comunicación o a la comunicación indirecta o incompleta. La persona que actúa así se puede sentir a menudo incomprendida, no tomada en cuenta y manipulada. Además, puede sentirse molesta respecto al resultado de la situación o volverse hostil o irritable hacia la otra persona; puede sentirse mal consigo mismo como resultado de ser incapaz de expresar adecuadamente sus opiniones o sentimientos. Esto puede conducir a baja autoestima, ansiedad, sentimientos de culpa, depresión y quejas psicósomáticas tales como: dolores de cabeza, musculares, úlceras de diversos tipos, astenia, etc.

A su vez, el que recibe la conducta pasiva puede experimentar también una variedad de consecuencias desfavorables: el tener que deducir constantemente lo que está “realmente diciendo” la otra persona es una tarea difícil y agotadora que puede dar lugar a sentimientos de frustración, molestia o ira hacia la persona que se está comportando de forma no asertiva.

El individuo que se comporta de manera pasiva suele tener una evaluación de sí mismo inadecuada y negativa, sentimientos de inferioridad, una tendencia a ser excesivamente solícito del apoyo emocional de los demás y una ansiedad interpersonal excesiva. Se sentirá insatisfecho, encontrando las relaciones con los demás fastidiosas e incómodas. Esa persona estará frecuentemente:

- Haciendo cosas que no desea hacer.
- Tensa y sin saber relajarse.
- Con miedo a estar molestando a la gente y llamando la atención.
- Pensando que está ocupando demasiado espacio y respirando demasiado aire.
- Tratando de agradar a todo el mundo.
- Sin expresar lo que siente.
- Sin saber decir NO.
- Siendo agradable.
- Tratando de ser amigable con todo el mundo.
- Sintiéndose culpable cuando es rechazado.

En suma, “La persona que se comporta de forma pasiva trata de ser todo para todo el mundo y acaba no siendo nada para ella misma”<sup>(190)</sup>.

#### **2.1.7.3.- Conducta Agresiva**

La conducta agresiva implica la defensa de los derechos personales y la expresión de los pensamientos, sentimientos y opiniones de una manera tal que a menudo es deshonesto, normalmente inapropiado y siempre viola los derechos de la otra persona. Dicha conducta en una situación puede expresarse de manera directa o indirecta.

La agresión verbal directa incluye ofensas verbales, insultos, amenazas y anotaciones hostiles o humillantes. El componente no verbal puede incluir gestos hostiles o amenazantes, como el esgrimir el puño, o miradas intensas y ataques físicos.

La agresión verbal indirecta incluye anotaciones sarcásticas, comentarios rencorosos y murmuraciones maliciosas.

La víctima del individuo que exhibe regularmente agresión pasiva empezará más tarde o más temprano a sentir resentimiento y le evitará.

El objetivo común de la agresión es el dominio; la victoria se asegura por medio de la humillación, de modo que la otra persona llegue a sentirse débil e incapaz de expresar y defender sus derechos y necesidades. El mensaje básico es:

- Esto es lo que Yo pienso, tú eres estúpido por pensar de forma diferente
- Esto es lo que Yo quiero, lo que tú quieres no es importante.
- Esto es lo que Yo siento, tus sentimientos no cuentan.

Las consecuencias de dicha conducta a largo plazo suelen ser siempre negativas, incluyendo tensión en la relación interpersonal con la otra persona o evitar futuros contactos con ella. A menudo, el sujeto que se comporta de manera agresiva expresará sentimientos de ansiedad, soledad, incomprensión, frustración, falta de control, baja autoestima e irritación. El sujeto que se comporta agresivamente<sup>(191)</sup>, asimismo, sobrepasa los límites de los derechos individuales del otro sin importarle sus intereses.

Por último, debemos recordar que la comunicación interpersonal es una parte esencial de la actividad humana, ya que casi todas las horas en que estamos despiertos las pasamos interactuando de alguna manera con los demás<sup>(192)</sup>, por ello es un elemento esencial en las Profesiones de “Servicio” –entre ellas las Sanitarias- por lo que los problemas que rodean a la comunicación ocupan uno de

los primeros lugares en todas estas profesiones que emplean una buena parte de su tiempo en interacciones cara a cara. Para el Personal Sanitario, un adecuado manejo de la comunicación y de las relaciones interpersonales es tan importante como el conocimiento y las destrezas biotécnicas<sup>(193-194)</sup> en sí, puesto que toda relación asistencial y/o terapéutica implica un proceso de influencia interpersonal Personal Sanitario-Enfermo (PS-E)<sup>(195-198)</sup>.

El establecimiento, pues, de una relación interpersonal ajustada a las necesidades coyunturales de cada caso PS-E no es meramente una cuestión de estética, sino que forma parte consustancial de la atención asistencial puesto que incide directamente en el proceso terapéutico, por lo que -de este modo- pasa a ser también una obligación bioética<sup>(199-204)</sup>.

## **2.2. EL ESTRÉS Y EL ESTRÉS LABORAL**

---

### **2.2.1.- APROXIMACIÓN TERMINOLÓGICA**

Existen pocos constructos en Psicología y en las Ciencias de la Salud, en general, tan amplia y heterogéneamente utilizados como el concepto de estrés<sup>(205)</sup>. La palabra estrés era ya utilizada en el siglo XIV para expresar dureza, tensión, adversidad o aflicción<sup>(206)</sup>. En el campo de la física comenzó a utilizarse a finales del siglo XVIII y a lo largo del XIX para referirse a la fuerza generada en el interior de un cuerpo como consecuencia de la acción de una fuerza externa (“load”), que tiende a distorsionarlo; y “strain” era la deformación o distorsión sufrida por el objeto<sup>(207)</sup>.

En 1867, Claude Bernard<sup>(208)</sup>, si bien no trabajó con el concepto de estrés, enunció una ley fisiológica general de enorme trascendencia para el futuro de la ciencia “la constancia del medio interno es la condición indispensable de la vida autónoma”; es decir, el organismo realiza esfuerzos adaptativos iniciales para el mantenimiento o devolución del equilibrio.

La idea de la constancia del medio interno es retomada más tarde por Walter Cannon<sup>(209)</sup> que la utiliza para enunciar un concepto denominado por él como “homeostasis” y definido como “el conjunto coordinado de procesos fisiológicos encargados de mantener la constancia del medio interno, regulando las influencias del medio externo y las respuestas correspondientes del organismo”. Dicho autor, al observar como la alteración emocional desencadenaba una elevación de la tensión arterial por medio de un aumento en la secreción de adrenalina, elaboró su



teoría de la “*reacción de lucha o huida*” para referirse a la respuesta básica del organismo a toda situación percibida como peligrosa. Al estímulo capaz de provocar la reacción de lucha o huida le llamó “ESTRÉS”.

Paralelamente a esta línea de trabajo va perfilando la ya citada idea de la homeostasis y relaciona una con otra cuando amplía el concepto de estrés para aplicarlo a todos aquellos factores del medio cuya influencia exigen un esfuerzo inhabitual de los mecanismos homeostáticos: “cuando los procesos encargados de mantener la constancia del medio interno se ven desbordados en su intento de adaptación al medio externo, se produce una alteración en el equilibrio”; es decir, se altera la homeostasis. El dintel de estrés capaz de producir esa ruptura es lo que Cannon llamó “estrés crítico”, y viene a ser el nivel máximo de estrés que un organismo puede neutralizar.

En un principio, el estímulo era considerado por dicho autor como de naturaleza física, y, si bien más tarde incluyó también los de naturaleza emocional, siguió haciendo uso del término estrés para referirse siempre al factor o agente que, procedente del medio externo, incide sobre el organismo.

En 1936, Hans Selye<sup>(210)</sup> introduce en la fisiología el concepto de estrés como “la respuesta inespecífica del organismo a cualquier exigencia tanto si es causada por, o resultado de, condiciones agradables o desagradables”; tomando este término desde su sentido físico, es decir, efectos de fuerzas ejercidas en todos los puntos del organismo.

El estrés pasa a ser la “respuesta” del organismo y no el agente que la desencadena -estímulo-, como consideraba Cannon. Para denominar a ese agente

que determina la demanda o exigencia, ya sea esta exógena o endógena, Selye introdujo el término estresor (“stressors”). Además, estableció el concepto de Síndrome General de Adaptación (S.G.A), definido como la suma de todas las reacciones inespecíficas del organismo consecutivas a la exposición continuada a una reacción sistémica de estrés. En este síndrome, en función del grado de cronicidad del estrés, se pueden observar tres fases:

**A. Fase de alarma:** ante un estímulo estresante, el organismo reacciona automáticamente preparándose para la respuesta, para la acción, tanto para luchar como para escapar del estímulo estresante.

En esta fase se activa el Sistema Nervioso Simpático (SNS) teniendo como signos: dilatación de las pupilas, sequedad de boca, sudoración, tensión de los músculos, aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, aumento de la presión arterial y disminución de la secreción gástrica, aumento de la síntesis de glucosa y de la secreción de adrenalina y noradrenalina.

Al mismo tiempo, se produce una activación psicológica, aumentando la capacidad de atención y concentración para focalizar y mantener la percepción del estímulo estresante. Esta reacción transitoria es de corta duración y no resulta perjudicial cuando el organismo dispone de tiempo para recuperarse.

**B. Fase de resistencia:** aparece cuando el organismo no tiene tiempo de recuperarse y continúa reaccionando para hacer frente a la situación. En esta fase aparecen diferentes reacciones metabólicas canalizando al sistema o proceso orgánico específico que sea más capaz de resolverlo, haciendo frente a la presencia del estrés por un plazo indefinido.

*C. Fase de agotamiento:* como la energía de adaptación es limitada, si el estrés continua o adquiere bastante intensidad, superando la capacidad de resistencia, el organismo entra finalmente en la fase de agotamiento, en la cual se colapsa el sistema orgánico enfrentado al estrés, dando lugar a la aparición de alteraciones psicosomáticas.

En el campo psicológico, Engel<sup>(211)</sup> lo definió como “todo proceso, originado tanto en el ambiente exterior como en el interior de la persona, que implica un apremio o exigencia sobre el organismo, y cuya resolución o manejo requiere el esfuerzo de los mecanismos psicológicos de defensa, antes de que sea activado ningún otro sistema”.

A partir de la década de los sesenta se ha ido aceptando la idea de que el estrés es un aspecto inevitable de la condición humana y su afrontamiento establece grandes diferencias en cuanto a la adaptación como resultado final.

Que el trabajo genera estrés en las personas y puede llegar a producir graves problemas en la salud, es una idea muy extendida en nuestra sociedad. En esta visión se asume una concepción negativa del estrés como una experiencia nociva a eliminar.

Lo cierto es que el estrés es bueno para la vida cotidiana, siempre y cuando no sobrepase los límites soportables por el individuo; es un fenómeno adaptativo de los seres humanos que contribuye, en buena medida, a su supervivencia, a un adecuado rendimiento en sus actividades y a un desempeño eficaz en muchas esferas de la vida<sup>(212)</sup>.

En este sentido, numerosos autores utilizan dos términos diferentes: eustrés y distrés<sup>(213-215)</sup>. *El eustrés o estrés positivo* hace referencia a situaciones y experiencias en las que el estrés tiene resultados y consecuencias predominantemente positivos porque produce la estimulación y activación adecuada que permiten a las personas lograr en su actividad unos resultados satisfactorios con costes personales razonables -ejerce una función de protección del organismo-; por el contrario, *el distrés o estrés negativo*, hace referencia a situaciones y experiencias personales desagradables, molestas y con probables consecuencias negativas para la salud y el bienestar psicológico; se produce por un exceso de estrés, que se manifiesta en una demanda intensa y prolongada de actividad, que repercute negativamente sobre la salud -física y psíquica- y bienestar del individuo.

De este modo, a lo largo de la historia, el estrés ha sido definido<sup>(216)</sup>:

✓ **Como estímulo:** situación que provoca un proceso de adaptación en el individuo; centrándose en los acontecimientos del entorno, de manera que el estrés es como una fuerza que produce una deformación ("strain") en el objeto o persona que es aplicada. En el ámbito laboral, si esta deformación entra dentro de los límites tolerables por el trabajador, desaparecerá; por el contrario, puede aparecer una deformación permanente repercutiendo negativamente sobre el individuo inhabilitándolo para la función que desempeña.

Los acontecimientos vitales, catastróficos, incontrolables e impredecibles como la muerte de un ser querido, separación, despido, enfermedad o accidente, etc. son el tipo de situaciones estresantes que fueron más estudiadas en los años

sesenta y setenta. Se trata de situaciones de origen externo al propio individuo y no se atiende a la interpretación o valoración subjetiva que pueda hacer el sujeto de las mismas. Serían situaciones extraordinarias y traumáticas, o sucesos vitales importantes, que en sí mismos producirían cambios fundamentales en la vida de una persona y exigirían un reajuste. En esta línea se han llevado a cabo investigaciones sobre las relaciones entre cantidad de estrés y salud.

En los años ochenta del siglo pasado se estudiaron también los acontecimientos vitales menores, o pequeños contratiempos, que pueden surgir cada día -en el trabajo, las relaciones sociales, etc.- como estímulos estresores. Asimismo se han incluido los estresores menores que permanecen estables en el medio ambiente, con una menor intensidad pero mayor duración, como el ruido, hacinamiento, polución, etc.

✓ **Como respuesta:** en los años cincuenta se había investigado la respuesta fisiológica no específica de un organismo ante situaciones estresantes, a lo que -como ya hemos visto- Selye denominó Síndrome General de Adaptación; dicho autor consideraba que cualquier estímulo podía convertirse en estresor siempre que provocase en el organismo la respuesta inespecífica de reajuste o reequilibrio homeostático, pero no incluía los estímulos psicológicos como agentes estresores. En la actualidad sabemos que los estímulos emocionales pueden provocar reacciones de estrés muy potentes.

En 1987, Matteson e Ivancevich<sup>(217)</sup> lo definieron como “respuesta adaptativa, mediada por características individuales, consecuencia de una acción externa,

situación o evento que pone demandas físicas y/o psicológicas especiales sobre una persona”.

✓ Pero, el estrés no solo ha sido estudiado como estímulo y como respuesta, sino que también se ha estudiado como **interacción entre las características de la situación y los recursos del individuo**. Desde esta perspectiva, se considera más importante la valoración que hace el individuo de la situación estresora que las características objetivas de dicha situación. El Modelo de la Valoración de Lazarus y Folkman<sup>(218)</sup> expone una serie de procesos cognitivos de evaluación de la situación y estimación de los recursos del propio individuo para hacer frente a las consecuencias negativas de la situación.

El estrés surgiría como consecuencia de la puesta en marcha de estos procesos de valoración cognitiva. Si el sujeto interpreta la situación como peligrosa o amenazante y considera que sus recursos son escasos para hacer frente a estas consecuencias negativas, surgirá una reacción de estrés, en la que se pondrán en marcha los recursos de afrontamiento para intentar eliminar o paliar las consecuencias no deseadas.

Desde esta perspectiva, Peiró<sup>(219)</sup> distingue dos tipos de definiciones:

1. Las que consideran las discrepancias entre las demandas planteadas al individuo (externas o internas) y sus capacidades para afrontarlas, *considerando la apreciación que el individuo hace de esas discrepancias*.
2. Las que atienden a las discrepancias entre las características del ambiente y las preferencias del individuo sobre el mismo.

## **2. 2. 2.-EL ESTRÉS LABORAL**

Sobre el concepto de estrés -como ya hemos indicado- ha habido diferentes enfoques, pero desde una perspectiva integradora se podría definir como la respuesta fisiológica, psicológica y de comportamiento de un individuo que intenta adaptarse y ajustarse a presiones internas y externas. En su extremo, es un estado que se caracteriza por altos niveles de excitación y angustia, con la frecuente sensación de no poder hacer frente a la situación<sup>(220)</sup>.

En este marco, el Estrés Laboral surge cuando se produce un desajuste entre el individuo, el puesto de trabajo y la propia Organización. La persona percibe que no dispone de recursos suficientes para afrontar la problemática laboral.

Cuando hablamos de Estrés Laboral, hacemos referencia a un concepto multidimensional pues afecta a varios campos del ámbito de trabajo: organización, relaciones interpersonales e intrapersonales, ambiente físico y condiciones de trabajo, aunque también puede afectar las relaciones familiares<sup>(221)</sup>. Los estresores laborales han sido estudiados por numerosos autores que han intentado clasificarlos en distintas categorías, tales como Cooper y Mashall<sup>(222)</sup>, Ivancevich y Matteson<sup>(223)</sup> y Warr<sup>(224)</sup>, entre otros.

Aunque no existe unanimidad a la hora de realizar una clasificación de los estresores laborales, todos los autores están de acuerdo en que el estrés laboral produce repercusiones negativas:

- **Al individuo**, porque impactan negativamente sobre su salud y satisfacción traducido en un bajo bienestar psicológico, insatisfacción laboral, burnout y otras patologías.

- **A la Organización**, su productividad y rentabilidad se ven amenazadas, aumenta la accidentalidad, el absentismo y la baja laboral.
- **A la Familia**, porque repercuten en las relaciones conyugales, familiares y amistades.

Por lo tanto, resulta importante estudiar las posibles causas, fuentes de estrés laboral, con el fin de poder prevenir su aparición, siendo estos los objetivos principales del presente apartado.

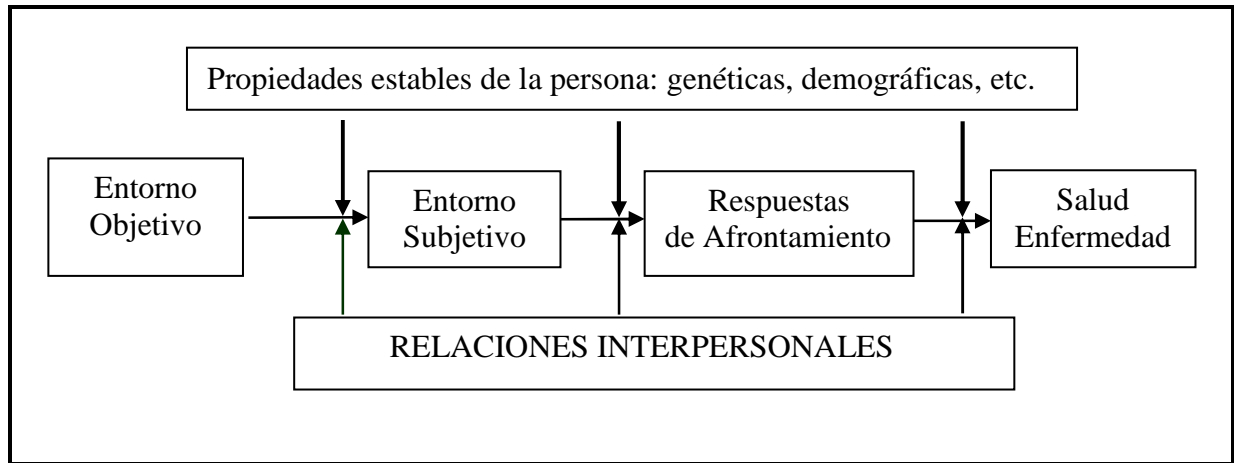
### **2.2. 3.-. MODELOS DE ESTRÉS LABORAL**

El carácter interdisciplinar que caracteriza el estudio del estrés lo vemos, de nuevo, reflejado en la multitud de modelos teóricos que se han desarrollado para analizar y explicar este fenómeno concreto del Estrés laboral. Las principales aportaciones proceden, sin duda, de la Medicina y de las diversas Ciencias del Comportamiento, las cuales han contribuido a aclarar los procesos sociales e individuales que están involucrados en la experiencia de estrés<sup>(225)</sup>:

#### **2. 2. 3.1.- Modelo Socioambiental**

A partir de los sesenta del siglo XX se empieza a vislumbrar la influencia que este fenómeno tiene no sólo en la salud del trabajador, sino también en la eficiencia y salud organizacional. Desde este punto de vista, uno de los primeros intentos realizados para explicar el estrés laboral es el "**Modelo Socioambiental**"<sup>(226)</sup> desarrollado por French y Kahn, cuyo esquema vemos a continuación:





**Modelo socioambiental** de French y Kahn (1962)

Como puede observarse, dichos autores incluyen en su modelo seis conjuntos de variables, estableciendo una serie de relaciones entre ellas. Así pues, parten de lo que denominan “**medio ambiente objetivo**”, entendido como las características concretas y objetivas que definen el entorno laboral de una persona. Este entorno objetivo, a su vez, es percibido de una determinada forma por el sujeto, dando lugar al “**medio ambiente psicológico**”, que será el que incida directamente en el tipo de respuestas -fisiológicas, conductuales y/o afectivas- emitidas por el individuo. Por último, los efectos que dichas respuestas tengan en el individuo podrán dar lugar a ciertos estados de salud o de enfermedad física o psicológica.

No obstante, las relaciones causales que se establecen entre los diversos estados o categorías analizados están moduladas por dos conjuntos de variables: **las características -estables- de la persona** y **las relaciones interpersonales**, siendo éstas, en última instancia, las que matizan la experiencia de estrés vivida por el individuo.

### **2. 2. 3.2.- Modelo Cognitivo-Relacional**

Mc Grath<sup>(227)</sup>, considera que la experiencia de estrés surgiría al producirse un desajuste entre las demandas del ambiente planteadas a la persona y los recursos o capacidades de los que ésta dispone para hacerles frente; considerando, asimismo, la apreciación o valoración que esa persona hace de tales discrepancias. Dicho autor propone un modelo<sup>(228)</sup> basado en cuatro niveles que interactúan entre sí:

- **Situación:** el proceso se inicia con la situación que el individuo percibirá o no como estresante.
- **Situación percibida:** el sujeto realiza una apreciación subjetiva de la situación estresante.
- **Selección de respuestas:** el sujeto toma decisiones y tiene lugar la elección de alguna respuesta que reduzca el estrés.
- **Conducta:** en este nivel, se determina la conducta en términos de cantidad, calidad y rapidez. La secuencia finaliza con el proceso donde se muestran los resultados y el cambio. Esta respuesta condiciona la nueva percepción de la situación y de nuevo se desarrolla el ciclo.

### **2. 2. 3.3.-Modelo Cognitivo-Conductual de Lazarus**

Aunque ya hemos citado en parte este Modelo en la introducción general sobre el Estrés, vamos a desarrollarlo ahora con más detenimiento dada su importancia para el análisis y comprensión del Estrés laboral. En el ámbito teórico de este modelo vimos como el estrés psicológico se ha entendido como un particular tipo de relación entre la persona y el ambiente<sup>(229-230)</sup>. La relación de

estrés es aquella en que las demandas -evaluadas- agotan o exceden los recursos personales. La unidad de análisis es una continua **transacción** o encuentro que es evaluado por la persona como pérdida, amenaza de daño o desafío. Esta evaluación es muy importante, porque de ella va a depender la percepción, es decir, el sentido que el sujeto le dé a una situación como estresante. Dicho modelo distingue en la respuesta al estrés tres procesos:

La **evaluación primaria**, el sujeto valora una situación como positiva, negativa o irrelevante. Para realizar esta apreciación se tienen en cuenta tanto variables internas o individuales -creencias y valores que el individuo asigna a una situación-, como las variables externas -ambientales, probabilidad de ocurrencia y grado de importancia de sus posibles repercusiones-. Una vez que una persona ha evaluado una transacción como estresante, entran en juego los procesos de **afrontamiento**, para manejar la relación problemática establecida entre persona y ambiente.

Este proceso influye sobre la subsiguiente evaluación de la persona y, por tanto, en el tipo e intensidad de reacción de estrés. Por lo que, en la **evaluación secundaria**, el sujeto incluye la valoración de la posible eficacia de las estrategias de afrontamiento y de las consecuencias de su utilización. Si el balance es insuficiente, el sujeto tendrá que realizar un esfuerzo -extra-cognitivo o comportamental- para controlar o reducir las demandas planteadas.

### 2. 2. 3.4.- Modelo de Demanda -Control- Apoyo social

Karasek y Theorell<sup>(231)</sup> parten del análisis de dos elementos que condicionan el contenido del trabajo que son la “demanda” y “control”:

El concepto de **demanda** comprende la carga y exigencias del trabajo realizado, tanto las de naturaleza psicológica (ritmo, nivel de atención y concentración, responsabilidad) como las de naturaleza física (esfuerzo físico, trabajo muscular, postura de trabajo).

Por su parte, el concepto de **control** se refiere al poder de decisión o grado de autonomía que tiene el trabajador para establecer cómo y de qué manera puede llevar a cabo las demandas de trabajo poniendo en práctica sus conocimientos y los recursos de que dispone para ello.

A partir de estos dos conceptos se establece un análisis de cuatro situaciones diferentes:

**1. Trabajos de alta tensión (alta demanda y bajo control):** El trabajador se ve sometido a una fuerte demanda o carga de trabajo a la que tiene que responder de forma acelerada y mecánica sin que tenga ninguna capacidad para decidir sobre cómo y cuándo realizar las tareas ya que éstas se encuentran claramente predeterminadas. Este sería el trabajo de mayor riesgo de trastorno psíquico conforme a este modelo.

Este modelo sería el propio de los trabajos en cadena y desarrollados con una prima de producción que aumenta el ritmo de trabajo a destajo. Pero en general, la alta demanda y bajo control también se corresponden con los trabajos en los que la persona se ve claramente desbordada para atender las demandas y no dispone de

los recursos necesarios para hacer frente a ellas aunque sí reúna los conocimientos precisos para ello. Así sucede en sectores como el Educativo y el Sanitario en los que la alta demanda elimina toda posibilidad de ejercer un control efectivo sobre el trabajo (como es natural éste modelo tiene una especial trascendencia a los efectos de nuestra investigación).

**2. Trabajos de baja tensión (baja demanda y bajo control):** El trabajador tiene escasa carga de trabajo y escasa capacidad para decidir cómo se llevan a cabo las tareas -trabajos en cadena de producción con un ritmo excesivamente lento y con períodos frecuentes de inactividad-.

**3. Trabajo activo (alta demanda y alto control):** El individuo tiene una fuerte carga de trabajo pero un alto poder para decidir cómo y con qué recursos se llevan a cabo las tareas y el poder para disponer de esos recursos -puestos de dirección-. En estos puestos existe un aprendizaje activo, mayor autosatisfacción y el desarrollo por el individuo de modelos positivos de conducta.

**4. Trabajo pasivo (baja demanda y alto control):** El individuo se encuentra en una situación de escasa demanda, pero ostenta un fuerte poder de decisión sobre cómo se realiza la ejecución de las tareas -custodia de bienes-.

Pero este análisis se ve moderado por otro factor más que es el “**Apoyo Social**”; éste se recibe de quienes supervisan el trabajo o de los compañeros que colaboran para realizarlo ante las situaciones de dificultad. Su presencia actúa como un factor moderador del trabajo de alta tensión, mientras que su ausencia

puede incentivar dicha tensión. Este apoyo puede ser: instrumental, informativo, valorativo o emocional.

El puesto de trabajo con mayor grado de riesgo psicosocial sería aquel con **alta demanda, bajo control y bajo apoyo social**.

### **2. 2. 3.5.- Modelo Integrador**

Peiró y Salvador<sup>(232)</sup> acogen los factores más importantes anteriormente expuestos por los diversos autores y realizan un enfoque integrador del Estrés Laboral, donde se nos permite comprender de un golpe el fenómeno. De esta manera, distinguen seis bloques de variables diferenciados:

- 1. Variables ambientales**, conforman las demandas y los recursos disponibles (personales o ambientales)<sup>(233)</sup>.
- 2. Variables individuales**, percepción del sujeto ante un estímulo estresor, en virtud de sus características de personalidad incidiendo, así, en el concepto de vulnerabilidad o susceptibilidad.
- 3. Experiencia subjetiva de estrés**, donde intervienen la apreciación primaria y secundaria expuestas por Lazarus y Folkman -ya vistos-.
- 4. Estrategias de afrontamiento** del individuo ante estas experiencias.
- 5. Resultados de la experiencia de estrés**: reacciones fisiológicas, cambios en los estados y procesos psicológicos y en el comportamiento.
- 6. Consecuencias para la salud y bienestar** del individuo.

### **2. 2. 3.6.- Modelo de Eustrés y Distrés**

Gutiérrez<sup>(234)</sup> plantea que, tanto las situaciones eustresantes -generadoras de estrés positivo- como las situaciones distresantes -generadoras de estrés negativo-, vividas por el sujeto se acumulan en la memoria del individuo, pasando a formar parte de sus experiencias e influyendo en su carácter y temperamento, afectando así a las futuras percepciones de las situaciones que viva. De esta manera, cuando el sujeto perciba una situación, la asociará con las vividas anteriormente, dándole una connotación negativa o positiva, de forma que el sujeto sabe perfectamente en qué tipo de situaciones cuenta con recursos suficientes para afrontarlas y hacerlas frente con posibilidades de éxito.

### **2. 2. 4.- ESTRESORES LABORALES**

Durante la última década del siglo XX se ha ido tomando progresivamente conciencia de los factores psicosociales del trabajo y de la necesidad de conocer y comprender mejor las condiciones que pueden hacerlo más humano y menos nocivo para las personas<sup>(235)</sup>.

Para ello se han llevado a cabo numerosos estudios sobre las condiciones de trabajo y los estresores laborales con el fin de identificarlos y determinar los potenciales riegos y daños que se desprenden de tener que afrontarlos o estar expuestos a ellos. Sin embargo, esta tarea resulta de gran complejidad, habida cuenta de que virtualmente cualquier evento o situación del entorno puede ser un estresor. Es por ello imposible ofrecer una lista finita de “estresores” y de sus consecuencias. Además, tenemos que tener en cuenta que la condición de estresor, de acuerdo con lo establecido en el modelo transaccional, depende del tipo de

apreciación que la persona hace de la situación, de su vulnerabilidad al mismo, de sus características individuales y de las estrategias de afrontamiento disponibles<sup>(236)</sup>. Como hemos comentado anteriormente, la vivencia de estrés surge por la presencia de un desajuste entre las demandas planteadas por el ambiente y los recursos de los que dispone el sujeto para enfrentarse a ellas. Si bien es cierto que cualquier evento o situación del entorno puede ser potencialmente un estresor, no cabe duda de que en el contexto laboral existe una serie de situaciones que, por sus características, pueden ser consideradas fuentes potenciales de estrés para todos los trabajadores. Desde esta perspectiva, algunos autores<sup>(237-241)</sup> han elaborado diversas taxonomías desde las que se intenta categorizar aquellos estresores que tienen una mayor probabilidad de provocar resultados y consecuencias negativas para la salud y el bienestar psicológico y social de los trabajadores.

Si nos centramos en las características ambientales de la organización que más claramente inciden en la experiencia de estrés vivida por los trabajadores, éstas se pueden clasificar<sup>(242)</sup> en cinco categorías básicas:

- 1. Estresores del ambiente físico de trabajo*, esta categoría hace referencia a los excesos, carencias y/o alteraciones que presentan ciertas condiciones físicas del trabajo y que pueden resultar molestas o desagradables para el trabajador.
- 2. Estresores individuales*, son aquellos que están directamente asociados al rol que el trabajador desempeña en la organización, así como a las tareas que debe realizar en ella. Asimismo, se incluyen en esta categoría los estresores derivados del desarrollo de la carrera laboral de un individuo.



*3. Estresores grupales* que, a su vez, comprenden las fuentes de estrés que provienen de la influencia que ejercen los grupos formales e informales de la organización sobre las actitudes y comportamiento de los trabajadores.

*4. Estresores organizacionales*, en esta categoría se incluyen las fuentes de estrés procedentes de las características globales que definen una organización, tales como la forma en que se estructuran las tareas, funciones y responsabilidades, el diseño de los puestos de trabajo, la tecnología o el clima que domine en dicha organización.

*5. Estresores extraorganizacionales*, que se refieren a las experiencias y acontecimientos externos al trabajo que pueden influir sobre las experiencias de estrés laboral.

#### **2.2.5. EL ESTRÉS LABORAL EN EL PERSONAL SANITARIO (P.S.).**

El Estrés Laboral en el P.S suele llevar frecuentemente al cuadro también definido como Síndrome de “Burnout”, que suele aparecer en individuos empleados en aquellas profesiones con un alto índice de contacto con otras personas<sup>(243)</sup>.

Existe un consenso generalizado en que una de las poblaciones más afectadas por el Burnout es la del P.S<sup>(244-245)</sup>; debido a que el ambiente laboral Sanitario, Hospitalario y de Atención Primaria, es extremadamente estresante, estando el P.S. enfrentado cotidiana y constantemente a las demandas físicas y emocionales de los pacientes, lo que hace que esté diariamente confrontado con el sufrimiento humano y con la muerte<sup>(246)</sup>. A todo lo cual se ha de unir la permanente interacción con el enfermo, las más de las veces sin formación específica en HHSS<sup>(247)</sup> y el que

los destinatarios de su trabajo sean al tiempo objeto del mismo. Todo esto se ve ampliado por el frecuente conflicto con la vida familiar y el ocio<sup>(248)</sup>, lo que abunda aún más en la pérdida de Autoestima.

Los Profesionales de la Salud se ven envueltos en una intensa implicación con personas que atraviesan situaciones problemáticas. La naturaleza de las patologías, y de los cuidados, junto con otros tipos de problemas de carácter relacional u organizacional, pueden potenciar la aparición del Estrés Asistencial. La aparición afectaría directamente no solo al Profesional que desempeña su trabajo, sino también a la calidad del mismo y, por ello, a los Usuarios de dichos servicios.

Según el modelo propuesto por Maslach y Jackson<sup>(249)</sup>, el “ Burnout” es un síndrome de estrés crónico propio de aquellas profesiones de servicios que se caracterizan por una atención intensa y prolongada con personas que están en una situación de necesidad o de dependencia. Dicho modelo se caracteriza por un proceso marcado por el cansancio emocional, la despersonalización y el abandono de la realización personal.

**El cansancio o agotamiento emocional** constituye la primera fase del proceso y se caracteriza por la pérdida de atractivo, el tedio y el disgusto causado por las tareas que son propias del trabajo que se ha de realizar, de forma que éste pierde el interés y cualquier sentimiento de satisfacción que en un pasado pudo tener y, además, incide también una cierta impresión de indefensión, como consecuencia de haber intentado activamente modificar situaciones, relaciones y formas de proceder sin haber obtenido ningún resultado de ello.

**La despersonalización** es el núcleo de dicho síndrome; básicamente es la consecuencia del fracaso en la fase anterior y un mecanismo de defensa para evitar el aumento de los sentimientos de impotencia, indefensión y desesperanza personal. Se caracteriza por un tipo de conducta con las personas a las que se tiene que atender, marcado por la falta de interés, la objetivación burda y somera de sus problemas, la pérdida de empatía humana con sus dificultades e, incluso, la culpabilización por el estado de necesidad en el que se ven envueltos<sup>(250-251)</sup>.

**La baja realización personal** es la tercera fase del proceso y consiste en el sentimiento y la creencia, cada vez más generalizada, de que el trabajo no merece la pena, de que institucionalmente es imposible cambiar las cosas y, finalmente, la aparición de pensamientos de posible cambio de trabajo.

El riesgo de aparición del Síndrome parece asociarse básicamente a factores organizacionales, de forma que no es la estructura de la personalidad o sus formas de conducta los determinantes más importantes, sino el clima y la cultura laboral del propio ámbito de trabajo. Dos factores parecen especialmente influyentes: el nivel de necesidad emocional de los pacientes y las características organizacionales del propio trabajo. Mientras más intensas sean las demandas reales de los pacientes y más alto su grado de dependencia del profesional, mayor es la probabilidad de aparición del "Burnout". A ello se unen las propias condiciones del trabajo que se está realizando, el reconocimiento del mismo y los recursos accesibles en su ejercicio<sup>(252)</sup>. Los elementos cruciales en el desarrollo del síndrome son:

- **La frecuencia** y la cantidad **de tiempo** pasado con los pacientes: Maslach y Jackson<sup>(253)</sup> han encontrado que los índices de cansancio emocional son proporcionales al tiempo empleado en cuidados directos a los enfermos, de forma que disminuía cuando parte del tiempo de trabajo se dedicaba a tareas administrativas o a la enseñanza.

Deckard, Meterko y Field<sup>(254)</sup> han destacado que el mayor predictor de la despersonalización es la interacción con los pacientes, seguida por la sobrecarga laboral y la falta de capacidad de participación en la toma de decisiones.

- **La naturaleza** de los problemas **de salud** de los pacientes: determinadas enfermedades o lesiones son especialmente importantes a estos efectos; destacando -entre otros- los pacientes politraumatizados, lesionados medulares y amputados, el cáncer facial, el dolor crónico, los pacientes terminales, etc. (como vemos, muchas de ellas son patologías típicas de la praxis profesional fisioterápica).

- **La Comunicación con los pacientes:** especialmente el dar las malas noticias provoca mayor carga de tensión y angustia, hasta el punto que puede llegar a evitarse<sup>(255)</sup>. La comunicación de malas noticias posee especial trascendencia pues el ser poco hábil al transmitir las genera sufrimiento innecesario al Profesional y al Usuario, deteriorando la relación PS-E; por el contrario, poseer la habilidad necesaria para transmitir las disminuye el nivel de ansiedad del P.S en situaciones que suelen ser estresantes y le aumentaría su nivel de satisfacción y autoestima; pero, pese a lo frecuente que es transmitir malas

noticias en la praxis asistencial cotidiana, el P.S suele adolecer de formación específica<sup>(256)</sup>.

- El **trato** con los **familiares** del paciente<sup>(257)</sup>: Frecuentemente, el estado emocional de los familiares está más alterado que el del mismo paciente.

En la mayoría de las investigaciones, un dato que suele coincidir es la ausencia de relación entre los factores sociodemográficos y el nivel de *Burnout*. Factores como la edad, el estado civil, años de profesión, turno de trabajo y otras variables semejantes no parecen incidir normalmente en dicho síndrome<sup>(258-261)</sup>. Aunque sí parece existir un período de sensibilización o de incubación del burnout<sup>(262-269)</sup>; un gran número de autores considera que la mayor vulnerabilidad aparece en los primeros años del desarrollo de la carrera profesional –pero una vez que ya han transcurrido algunos de “incubación”-. Cherniss<sup>(270)</sup> y Applebaum<sup>(271)</sup> sugieren que durante los primeros años se realiza una transición de las expectativas idealistas desarrolladas durante la formación al mundo real de la práctica cotidiana, de forma que en este período el joven Profesional aprende que las recompensas personales, profesionales y económicas que recibe no son las prometidas o esperadas.

Las consecuencias del Estrés laboral y del Burnout pueden ser divididas en físicas, emocionales, conductuales y sociales<sup>(272)</sup>. Todo ello implica un estado de decaimiento físico y psíquico, caracterizado por fatiga, cansancio y sentimientos de soledad e insatisfacción, que elicitaba una variedad de actitudes negativas frente al desarrollo laboral, social y personal. Entre los rasgos detectados destaca una mayor tendencia a la somatización con quejas y molestias diversas que se traducen

en un aumento del absentismo y en la aparición de cuadros psicopatológicos de tipo **depresivo, ansioso** y obsesivo que llevan a una visión negativa de la vida y la persona, con baja autoestima, pobre asertividad y limitada tolerancia ante los conflictos y dificultades<sup>(273)</sup>. En virtud de ello -y como veremos en la “Metodología”- en nuestro trabajo atendemos especialmente a la **Ansiedad** y a la **Depresión** en nuestra población como entidades subsidiarias del Estrés Laboral.

Todos estos efectos son indeseables porque repercuten negativamente en la Profesión Sanitaria y en la calidad de los Cuidados que se ofrecen al usuario y su familia. Además, puede verse afectado el clima laboral donde se imparten los mismos (conflictos interpersonales e intergrupales) peligrando así el propio grupo y la Institución.

Un aspecto importante que no se debe olvidar es la percepción interior que el individuo tiene acerca de las exigencias de su trabajo lo que le podría conducir también a un estado de Burnout<sup>(274-275)</sup>. Esta percepción interior está relacionada con elementos como el sentimiento de competencia y de merecimiento (aspectos fenomenológicos de la autoestima<sup>-276-277-</sup>).

Así, si la persona cuenta con capacidades, destrezas y habilidades (y, en concreto, HHSS) se sentirá más segura y en consecuencia tendrá un autoconcepto positivo de si misma y una mayor tolerancia a la depresión<sup>(278)</sup>. La autoestima y el autoconcepto vienen también determinados por las relaciones y el feedback interpersonales que un individuo recibe a lo largo de su desarrollo<sup>(279)</sup>.

Podemos entonces prever que si el Profesional cuenta con HHSS que faciliten estas relaciones interpersonales y si éstas son efectivas recibirá retroalimentación

de los otros, con el consiguiente efecto positivo sobre su autoconcepto y autoestima y amortiguando -así- el impacto del Estrés Laboral.

El *Burnout* tiene pesadas consecuencias en la Calidad de Vida Laboral de los Profesionales que ejercen los trabajos de asistencia y en la calidad de la atención y los cuidados recibidos por los beneficiarios de su trabajo. Juega un papel importante en la insatisfacción laboral y, en general, en la eficacia de las instituciones. No siempre provoca el abandono del trabajo, pero siempre produce la pérdida de la ilusión por el mismo<sup>(280)</sup>.

En virtud de lo dicho, el conocer las situaciones estresantes en los Ámbitos Sanitarios nos puede facilitar en gran medida su prevención, introduciendo, así, entre otras actuaciones de formación e incentivación (como la formación específica en HHSS), el establecer sistemas personalizados de evaluación del rendimiento, mejoras en las comunicaciones internas y externas, el potenciar el trabajo en equipo y el facilitar la participación de los Profesionales en su lugar de trabajo, definiendo de manera precisa los puestos de trabajo, funciones, responsabilidades y normas lo que se traduciría no solo en mejorar la calidad de la asistencia a nuestros usuarios, sino también en una mejor satisfacción laboral de las personas que los atienden<sup>(281)</sup>.

Pero, además de cambios de tipo organizacional, la información sobre los mecanismos de afrontamiento así como la formación tanto de pregrado como postgrado de los Profesionales Sanitarios sobre el manejo del estrés podrían contribuir a dotar a éstos de herramientas eficaces, no sólo para su propio cuidado,

sino también para mejorar la relación entre paciente/cliente y familia y demás miembros del equipo multidisciplinar.

En suma: Ofrecer la posibilidad de mejorar la seguridad y la realización personal, disminuir el agotamiento emocional y aumentar la presencia de actitudes positivas y comportamientos no deshumanizados en la atención al paciente serían los objetivos de la aplicación de estrategias individuales de afrontamiento al estrés. En este sentido, el entrenamiento en recursos y HHSS (asertividad, comunicación, relajación, reestructuración cognitiva, técnicas de solución de problemas..) dirigido también a los nuevos Profesionales ayudaría a prevenir el síndrome de estar quemado por el trabajo. Como no podría ser de otra forma, esto también es aplicable de forma especial a los Alumnos de todas las Ciencias de la Salud y -en nuestro caso- a los de Fisioterapia.



### ***III. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN***

---

### **3.1.-DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA Y SU UBICACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN**

#### **ACTUAL.**

Como vimos en la “Introducción”, la comunicación interpersonal es una parte esencial de la actividad humana<sup>(1)</sup>; y por ello, es un elemento imprescindible en las profesiones de “servicio” -entre ellas las sanitarias-; por lo que los problemas que rodean a la comunicación ocupan uno de los primeros lugares en todas estas profesiones que emplean una buena parte de su tiempo en interacciones cara a cara.

En la formación de los Profesionales Sanitarios –y los de Fisioterapia no son una excepción- hasta hace poco el énfasis se seguía poniendo en la adquisición de competencias técnicas más que de competencia social e interpersonal; sin tener en cuenta que un adecuado manejo de la comunicación y de las relaciones interpersonales es tan importante como el conocimiento y las destrezas biotécnicas en sí, puesto que toda relación asistencial y/o terapéutica implica un proceso de influencia interpersonal PS-E<sup>(2-6)</sup>.

Además, el objetivo primordial del tratamiento fisioterápico es devolver al individuo a su actividad habitual -independencia e integración en la sociedad en la medida de lo posible- por ello, no sólo se debe atender al problema físico, sino, además, al estrés y desgaste emocional que suponen la incertidumbre de volver a la vida cotidiana con las capacidades funcionales disminuidas y, en muchos casos, dependientes –hemipléjicos, lesionados medulares, amputados y otros casos similares-. Pero, para que el proceso terapéutico sea eficaz, es necesario inicialmente emplear más tiempo en establecer una relación interpersonal adecuada que en el tratamiento inmediato, ya que el paciente afectado por la ansiedad, el miedo u otros

aspectos psicológicos no podrá someterse al proceso de rehabilitación, a menos que se le presente la información que necesita de forma no amenazante y dentro de un contexto familiar.

Así pues, los Profesionales de la Fisioterapia no sólo necesitan aptitudes académicas y destrezas manuales, sino también estrategias para manejar y enfrentarse a problemas de tipo social y personal; estrategias que se adquieren, en gran medida, mediante la adquisición de HHSS, tanto generales como específicas, que les capaciten para establecer unas relaciones interpersonales productivas en su ámbito de trabajo, tanto con el paciente como con los familiares, con el fin de conseguir su colaboración en el tratamiento, así como con los demás miembros del Equipo de Salud.

El establecimiento, pues, de una relación interpersonal ajustada a las necesidades coyunturales de cada caso (F-E) no es meramente una cuestión de estética, sino que forma parte consustancial de la atención asistencial puesto que incide directamente en el proceso terapéutico<sup>(7)</sup>.

### **3.2. - HIPÓTESIS Y OBJETIVOS**

En este marco descrito y en el seno del estado de la cuestión ya analizado, con nuestra tesis pretendemos cubrir los siguientes objetivos:

- **CONOCER EL NIVEL DE HABILIDADES SOCIALES Y ASERTIVIDAD DE LOS PROFESIONALES Y ESTUDIANTES DE FISIOTERAPIA.**
- **DELIMITAR Y ANALIZAR DE FORMA COMPARATIVA TALES HABILIDADES.**
- **RESEÑAR Y MENSURAR SI TALES HABILIDADES INFLUYEN EN EL ESTRÉS LABORAL.**
- **ANALIZAR CON QUÉ RASGOS PSICOSOCIALES Y SOCIODEMOGRÁFICOS CORRELACIONAN TANTO EL ESTRÉS LABORAL, LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN COMO LAS HABILIDADES SOCIALES EN ESTE COLECTIVO.**

Se trata, como detallaremos en el siguiente capítulo –dedicado a la Metodología-, de un estudio descriptivo-observacional-correlacional, por lo que no cabe el plantear hipótesis FORMALES, en el sentido estricto que se da a este concepto en la METODOLOGÍA EXPERIMENTAL<sup>(8)</sup>.

#### ***IV –METODOLOGÍA-***

---

#### **4.1.-METODOLOGÍA GENERAL: LOS ESTUDIOS TRANSVERSALES O DE PREVALENCIA.**

Los estudios observacionales -entre los que se incluye el nuestro- pueden ser, siguiendo el lenguaje de la metodología investigadora y científica<sup>(1)</sup>:

- A).** Retrospectivos o estudios de “caso-control”.
- B).** Prospectivos o estudios de “cohortes”.
- C).** Transversales o estudios de “prevalencia”.

##### **A). Estudios de “caso-control”:**

Son un tipo de estudio que se inicia con la identificación de un grupo de personas con un rasgo determinado, enfermedad, característica psicosocial u otra característica de interés. Este grupo se compara con un grupo de testigos “sanos” (controles). El objetivo es comprobar si un “factor de riesgo” relacionado con el rasgo en estudio se presenta con mayor o menor frecuencia en el grupo de casos o en el de los controles<sup>(2-3)</sup>.

##### **B). Estudios de “cohorte”:**

Son estudios que se basan en la observación, durante un periodo de tiempo, de un grupo de población (cohorte) expuesto a un factor de riesgo. La incidencia de determinadas enfermedades o rasgos en este grupo se compara con la que aparece en otro grupo o cohorte de personas no expuestas al factor de riesgo o al fenómeno psicosocial estudiado<sup>(4)</sup>. Por lo tanto, ambas cohortes están compuestas por personas

que se incorporan a un grupo u otro en función de su exposición o no a un factor determinado.

Los términos alternativos con los cuales se conoce también a este tipo de estudios<sup>(5)</sup> -de seguimiento, longitudinales o prospectivos- describen la característica esencial del método. En definitiva, la observación de la población estudiada por un número suficiente de años-persona, permite diferenciar la importancia del efecto en forma de incidencia, morbilidad o mortalidad (según el caso).

### **C). Estudios transversales o de “prevalencia”.**

Estos estudios se basan en el examen de una sección transversal de la población, examinándose la relación entre los fenómenos y otras variables de interés.

En contraste con los longitudinales (diacrónicos) los estudios transversales se centran en un momento particular del tiempo (por ello también se llaman sincrónicos). Los estudios transversales reciben también el nombre de Estudios de Prevalencia. Entendiendo por prevalencia la proporción de personas que, en el conjunto de la comunidad y en un momento determinado (de forma acumulativa) presentan la característica estudiada<sup>(6-7)</sup>.

Dado que el trabajo objeto de nuestra tesis constituye un estudio transversal de población, vamos a comentar de forma sucinta la metodología que se sigue en la realización de este tipo de estudios:

- 1. Determinación de los objetivos concretos:** Es imprescindible conocer de antemano qué es lo que se pretende determinar, ya que los objetivos indefinidos

producen estudios indefinidos<sup>(8)</sup>. También es conveniente, antes de iniciar el estudio, estimar su coste tanto en tiempo como en recursos humanos y materiales.

**2. Definición de la población a estudiar:** Entendemos por población, en sentido bioestadístico, el conjunto de personas que tienen en común algunas características naturales definidas como puede ser el lugar de residencia, profesión, edad, sexo...En general, los estudios transversales se realizan sobre una muestra de la población y de ésta se extienden conclusiones para el conjunto de la población mediante la estadística inferencial.

**3. Tamaño de la muestra:** Dependerá de la frecuencia que se espera obtener (si no se conoce el tamaño poblacional) y de la exactitud con que queramos medir dicha frecuencia<sup>(9)</sup>. Asimismo es imprescindible fijar el intervalo o nivel de confianza (n.c.) y el error estándar que consideremos aceptable.

Generalmente se utilizan tablas -si se conoce el tamaño poblacional- para elegir la muestra conveniente, dado un intervalo de confianza y un error estándar. Si no se conoce el tamaño poblacional se recurre a fórmulas simples.

**4. Formación de la muestra:** En este tipo de investigación es preferible la realización de un muestreo aleatorio en el que cada persona o unidad de muestreo elegida tenga la misma probabilidad de ser seleccionada. La muestra también se puede subdividir en estratos según grupos de sexo, edad u otras características particulares<sup>(10)</sup>. En este caso hablamos de muestra estratificada.

**5. Recogida de datos:** La información se obtiene a través de instrumentos o cuestionarios ya constituidos o realizados especialmente para esa investigación, o bien con ambos tipos.



**6. Análisis de los resultados:** En los estudios transversales suelen estimarse los índices de prevalencia en la totalidad de la muestra estudiada (mediante frecuencias absolutas y relativas -porcentajes-) y en los distintos subgrupos que constituyen la muestra... Para establecer inferencias sobre la población se establecen controles estadísticos tales como las pruebas de fiabilidad de los estadísticos (pruebas de “T” o “F”) o las de “chicadrado”... de igual modo se suelen estudiar -si se quiere un análisis más fino- las posibles correlaciones (de Spearman) y el análisis de las varianzas (ANOVA), por lo que el estudio se convierte en correlacional.

Todo ello, lógicamente, precisa un tratamiento informático/estadístico riguroso.

### **Estrategias de nuestra investigación<sup>(11)</sup>:**

Con todo lo visto hasta ahora podemos decir que nuestra investigación se puede definir como descriptiva, transversal, muestral y correlacional.

- *Descriptiva*, dado que recogemos una serie de datos que posteriormente analizamos. El método descriptivo tiene como objetivo analizar la distribución de los trastornos dentro de una población, siendo el elemento básico de medida la proporción de casos, es decir, los porcentajes obtenidos durante un período de tiempo específico en una población específica<sup>(12)</sup>.

- *Transversal*, dado que se desarrolla en unas coordenadas temporoespaciales prefijadas.

- *Muestral*, pues toda la información recabada en la recogida de datos se obtiene con una parte de la población que llamamos *muestra*, entendida como una colección, finita o infinita, de individuos que comparten ciertas características. Esta tiene que garantizarnos la representatividad de toda la población, característica importante para que nuestro estudio sea fiable y válido<sup>(13)</sup>. De esta manera, la muestra tiene que ser “como una imagen” de la población. Si la muestra no es representativa, se dice que es una muestra sesgada.

- *Correlacional*, dado que el tratamiento estadístico incluye pruebas de correlación y Análisis de Varianza<sup>(14)</sup>.

## **4.2. - POBLACIÓN Y MUESTRA**

### **4.2.1. -POBLACIÓN**

Las poblaciones dianas que hemos estudiado son -por un lado- las conformadas por los Fisioterapeutas de la provincia de Cádiz que desarrollan su labor profesional en la sanidad pública (S.A.S) – tanto en Atención Primaria, como en Atención Especializada; y -por otro- la compuesta por los Alumnos de la Diplomatura de Fisioterapia de la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad de Cádiz.

#### **4.2.1.1.- Alumnos**

La población total de Alumnos de la Diplomatura de Fisioterapia, de la Escuela de Ciencias de la Salud de Cádiz, en mayo de 2008 -fecha en la que se realizó el muestreo- era de 184 alumnos. Con el siguiente desglose:

ALUMNOS		VARÓN		MUJER		Total
		N	%	N	%	
TODOS		56	30,43	128	69,57	184
Alumno	Primer curso	17	29,31	41	70,69	58
	Segundo curso	21	35,59	38	64,41	59
	Tercer curso	18	26,87	49	73,13	67

En esta población observamos -como suele suceder en otras similares<sup>15-17</sup>- que el peso femenino (69,57%) entre los alumnos matriculados en la Diplomatura de Fisioterapia de la Escuela de Ciencias de la Salud de Cádiz es mayor que el masculino (30,43%).

#### 4.2.1.2.- Profesionales

La población total de Fisioterapeutas que trabajaban en la sanidad pública en la provincia de Cádiz, según la relación de sus respectivas administraciones en mayo de 2008 -fecha en la que se realizó también este muestreo- era de 119 sujetos; de los cuales 79 trabajaban en Atención Especializada y 40 en Atención Primaria. Se trata de una “población viva”<sup>(18)</sup> y, como tal, sometida a cambios (altas, bajas, cambio de puesto de trabajo, etc.) que se desglosa -por Centros- de la siguiente forma:

- En Atención Primaria:

ATENCIÓN PRIMARIA		Varón	Mujer	N
Distritos	Bahía de Cádiz - La Janda	5	13	18
	A. G. S. Campo de Gibraltar	4	5	9
	Jerez - Costa Noroeste	2	5	7
	Sierra de Cádiz	2	4	6
Total		13	27	40

- En Atención Especializada (Hospitalaria):

ATENCIÓN ESPECIALIZADA					
Zona	Localidad	Hospital/Clínica	Varón	Mujer	N
<b>Bahía de Cádiz La Janda</b>	Cádiz	Hospital Univ. Puerta del Mar	11	10	21
		Clínica San Rafael	1	7	8
		Clínica Nuestra Señora de la Salud	0	4	4
	Puerto Real	Hospital Univ. Puerto Real	2	5	7
	Puerto de Santa María	Hospital Gral. St. María del Puerto	3	3	6
<b>Jerez Costa -Noroeste</b>	Jerez	Hospital Gral. Básico de Jerez	10	6	16
	Sanlúcar de Barrameda	Hospital Virgen del Camino	0	3	3
<b>Campo de Gibraltar</b>	Algeciras	Hospital Punta Europa	4	6	10
	La Línea	Hospital Gral. Básico de La Línea	1	4	5
<b>Sierra de Cádiz</b>	Villamartín	Hospital Virgen de las Montañas	1	2	3
Total			33	46	79

Como vemos, el total de sujetos en los Hospitales Públicos es de 59, en los Concertados de 20 y en Atención primaria de 40; en esta población observamos, coincidiendo con lo dicho anteriormente en lo referente a la población de los Alumnos, y como suele suceder en otras similares de Alumnos y Profesionales de Ciencias de la Salud<sup>(19-25)</sup>, que el peso femenino entre los Profesionales de la Fisioterapia es mayor que el masculino: 61,34% mujeres vs. 38,66% varones.

#### 4.2.2.-MUESTRA

##### 4.2.2.1.- Alumnos

Para que nuestra investigación tenga fiabilidad, debemos tener la precaución de tomar una muestra que sea representativa de la población. Para la población de **Alumnos** de la Diplomatura de Fisioterapia -con 184 sujetos-, se precisaría un mínimo de 126 elementos para obtener un muestreo fiable al 5% y con un nivel de confianza (n.c.) de  $2\sigma$  (955 por 1000), según la tabla prontuario del **Harvard College**<sup>(26)</sup> y las tablas estadísticas de **Arkin y Colton** (recogidas en los manuales al uso). En nuestro caso, la muestra está formada por 129 sujetos, de los cuales 35 (27,13%) varones y 94 (72,87) mujeres.

ESTUDIANTES		VARÓN		MUJER		Total
		N	%	N	%	
TODOS		35	27,13	94	72,87	129
Alumno	Primer curso	17	48,6	37	39,4	54
	Segundo curso	6	17,1	20	21,3	26
	Tercer curso	12	34,3	37	39,4	49

De los sujetos que conforman la muestra de estudiantes (teniendo en cuenta, que la participación en nuestro estudio fue voluntaria) la mayoría son alumnos de primer curso -54-, seguidos por los de tercero -49- y en menor número por los de segundo curso -26-.

#### 4.2.2.2.- Profesionales

Para la población de Profesionales de la Fisioterapia, -con 119 sujetos-, se precisaría un mínimo de 92 sujetos para obtener un muestreo fiable al 5% y con un n.c. de  $2\sigma$  (955 por 1000), según la tabla prontuario del **Harvard College** y las tablas estadísticas de **Arkin y Colton** (recogidas en los manuales al uso); ahora bien, como tenemos dos “subpoblaciones”: Atención Primaria y Atención Especializada (con 40 y 79 sujetos respectivamente); y hemos quedado en que el muestreo -para asegurar potencia estadístico/muestral en cada estrato- sería ponderado, necesitamos 36 sujetos de AP y 66 sujetos de AE; sin embargo, nuestra muestra tiene tres elementos más al introducir la variable Sexo, quedando como sigue: en AP 37 -12 (32,43% ) varones y 25 (67,57% ) mujeres- y en AE 68 -27 (39,71% ) varones y 41 (60,29% ) mujeres-

ATENCIÓN PRIMARIA		Varón	Mujer	N
Distritos	Bahía de Cádiz - La Janda	5	13	18
	A. G. S. Campo de Gibraltar	4	5	9
	Jerez - Costa Noroeste	2	5	7
	Sierra de Cádiz	1	2	3
Total		12	25	37

ATENCIÓN ESPECIALIZADA					
Zona	Localidad	Hospital/Clínica	Varón	Mujer	N
<b>Bahía de Cádiz La Janda</b>	Cádiz	Hospital Univ. Puerta del Mar	10	10	20
		Clínica San Rafael	1	7	8
		Clínica Nuestra Señora de la Salud	0	2	2
	Puerto Real	Hospital Univ. Puerto Real	1	3	4
	Puerto de Santa María	Hospital Gral. St. María del Puerto	2	2	4
<b>Jerez Costa Noroeste</b>	Jerez	Hospital Gral. Básico de Jerez	9	5	14
	Sanlúcar de Barrameda	Hospital Virgen del Camino	0	2	2
<b>Campo de Gibraltar</b>	Algeciras	Hospital Punta Europa	3	6	9
	La Línea	Hospital Gral. Básico de La Línea	1	4	5
<b>Sierra de Cádiz</b>	Villamartín	Hospital Virgen de las Montañas	0	0	0
Total			27	41	68

#### 4.3.-MATERIAL E INSTRUMENTOS

El material e instrumentos utilizados para la recogida de datos en esta investigación han sido:

✓ **Alumnos:**

- Una hoja de presentación confeccionada por nosotros <sup>(27)</sup>.
- Un cuestionario de elaboración propia<sup>(28-29)</sup>, sin estructura psicométrica, donde se recogen variables sociodemográficas y de condiciones de trabajo.
- Las siguientes Escalas Psicométricas:



- Inventario de Depresión de Beck (BDI)<sup>(30)</sup>
- Escala de Asertividad de Rathus (RAS)<sup>(31)</sup>
- Cuestionario de Ansiedad STAI (A/E) y (A/R)<sup>(32)</sup>

✓ **Profesionales:**

- Una hoja de presentación confeccionada por nosotros.
- Un cuestionario de elaboración propia, sin estructura psicométrica, donde se recogen variables sociodemográficas.
- Las siguientes Escalas Psicométricas:
  - Escala de Depresión de Beck (BDI)
  - Inventario de Asertividad de Rathus (RAS)
  - Cuestionario de Ansiedad STAI (A/E) y (A/R)
  - Escala de Estrés Socio-Laboral (EAE-S)<sup>(33)</sup> -que no se aplica a los Alumnos al no trabajar éstos en su mayoría-.

Todo ello se le presentó a los sujetos de la muestra directamente, para su posterior realización; tal y como describimos en la “recogida de datos”, en el apartado 6.3. (Un facsímil de este material se adjunta en el anexo).

#### **4.3.1.- HOJA DE PRESENTACIÓN**

La “Hoja de presentación” (ver anexos), usual en las investigaciones mediante cuestionarios o encuestas<sup>(34-35)</sup>, recoge la presentación y el porqué de la entrega de la remisión de los cuestionarios al sujeto; asegura reiteradamente la confidencialidad de las respuestas y – de forma sucinta- esboza los objetivos de la investigación. De igual modo, resume las instrucciones generales y la metodología a seguir por el sujeto para

refrendar los cuestionarios y remitirlos; instrucciones que, de forma específica, se pormenorizan posteriormente en cada cuestionario.

El tono es correcto y persuasivo, apelando a la participación y a la colaboración sinceras e intentando “captar”<sup>(36-38)</sup> a la muestra, de forma que conteste -y de forma válida- el mayor porcentaje posible.

Una hoja de presentación cordial y persuasiva motiva una mayor participación de los muestreados y reduce<sup>(39-42)</sup> el porcentaje de los que no contestan. De hecho, éste es uno de los principales problemas que arrojan las investigaciones mediante cuestionarios y/o encuestas: la desmotivación y el desinterés de la muestra que simplemente no contesta bien por suspicacias o dudas acerca de la confidencialidad, bien por simple “agotamiento” sobre todo si el material a formalizar es prolijo y complicado<sup>(43)</sup>.

#### **4.3.2. - CUESTIONARIOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

Partimos de unos cuestionarios base elaborados por nosotros y compuestos por variables personales. Dichas variables fueron seleccionadas tras la revisión de la literatura pertinente y comprobar que eran las más relacionadas con las variables psicológicas que estudiamos y, por ende, las más utilizadas.

Los cuestionarios (ver en anexos) constan de datos de carácter sociodemográfico, útiles para el tratamiento y análisis de los datos<sup>(44-47)</sup>; de esta manera, establecemos el perfil de la muestra: sexo, edad, estado civil, número de hijos, experiencia laboral, centro de trabajo, situación administrativa y turno de

trabajo (como es de esperar algunas preguntas son distintas para las muestras de estudiantes y de profesionales).

En la muestra de los Profesionales, en algunas variables, se eliminaron algunos subgrupos y se reagruparon por no contar con un “N” significativo; las variables analizadas han sido:

EDAD: partimos de tres categorías que posteriormente fueron reducidas a dos:

- 25 - 50 años
- Más de 50 años

ESTADO CIVIL: se eliminó el subgrupo: separado, divorciado o viudo. De esta manera de tres categorías se redujo a dos:

- Vive en pareja
- No vive en pareja; en el que englobamos a los solteros, divorciados, separados y viudos.

EXPERIENCIA LABORAL: De tres categorías se redujo a dos:

- De 3 a 10 años
- Más de 10 años

Finalmente, el cuestionario sociodemográfico para los Profesionales quedó con las siguientes variables: SEXO, EDAD, ESTADO CIVIL, NÚMERO DE HIJOS, EXPERIENCIA LABORAL, CENTRO DE TRABAJO, SITUACIÓN ADMINISTRATIVA Y TURNO DE TRABAJO.

Contiene, también, una pregunta relacionada con la autopercepción que tiene el sujeto acerca de Si tiene HHSS:

¿CREE QUE TIENE HHSS?:

1. Sí
2. No

Además, se incluyen dos preguntas, una sobre SI HA REALIZADO CURSOS DE HHSS y otra sobre SI CREE NECESARIA LA REALIZACIÓN DE CURSOS SOBRE HHSS EN EL POSGRADO O NO.

1. Sí
2. No

**En la muestra de los Alumnos**, el cuestionario elaborado para los Profesionales (Fisioterapeutas) fue modificado en algunas variables (experiencia laboral, centro de trabajo, situación administrativa y turno) debido a que -por su condición de estudiantes y como se ha dicho- no podían tener experiencia laboral en dicha rama sanitaria, ni desempeñar labor profesional en ella. También hemos eliminado las variables estado civil y número de hijos debido a que todos los sujetos que formaban la muestra eran solteros y sin hijos.

Finalmente, el cuestionario sociodemográfico para los Alumnos quedó con las siguientes variables: SEXO, EDAD, SITUACIÓN LABORAL, ACCESO A LA UNIVERSIDAD Y ALUMNO de -1º, 2º o 3º Curso-.

También contiene una pregunta relacionada con la autopercepción que tiene el sujeto acerca de Si tiene HHSS:

¿CREE QUE TIENE HHSS?:

1. Sí
2. No

Y, al igual que en los Profesionales, se incluyen dos preguntas, una sobre SI HA REALIZADO CURSOS DE HHSS y otra sobre SI CREE NECESARIA LA REALIZACIÓN DE CURSOS SOBRE HHSS EN EL POSGRADO O NO.

1. Sí
2. No

#### **4.3.3.- ESCALA DE ASERTIVIDAD DE RATHUS (“RAS”)**

El RAS fue la primera escala para medir la habilidad social desarrollada de una manera sistemática y, probablemente, sea la más usada<sup>(48)</sup>.

Elaborada por Rathus<sup>(49)</sup>, esta escala tiene por objetivo evaluar el comportamiento social autoafirmativo de la persona<sup>(50)</sup>.

Como nos indica Caballo<sup>(51)</sup> *“la conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a cada situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas”*.

La escala muestra buena fiabilidad test-retest y una consistencia interna adecuada <sup>(52)</sup>; presenta 30 ítems que corresponden a las afirmaciones que tratan de describir o caracterizar la conducta de la persona. Son seis sus posibles respuestas:

- (+ 3) Muy característico en mí.
- (+ 2) Bastante característico en mí.
- (+ 1) Algo característico en mí.
- (- 1) Algo raro en mí.
- (- 2) Bastante extraño en mí.
- (- 3) Muy poco característico en mí.

La puntuación total se obtiene sumando algebraicamente las respuestas numéricas de cada ítem, una vez invertidos los signos de los ítems señalados con un asterisco. Para saber el nivel de Asertividad que obtienen los sujetos, contrastamos las puntuaciones totales con las de la escala de intervalos establecida para dicho cuestionario.

- Nivel 1 (de -66 a -40): Muy poco Asertivo (sumiso/pasivo).
- Nivel 2 (de -39 a -14): Poco Asertivo.
- Nivel 3 (de -13 a 0): Asertividad Intermedia-Baja.
- Nivel 4 (de 1 a 13): Asertividad Intermedia-Alta.
- Nivel 5 (de 14 a 39): Bastante Asertivo.
- Nivel 6 (de 40 a 66): Agresivo.

Una puntuación positiva alta indica una alta habilidad social, mientras que una puntuación negativa alta indica una baja habilidad social (o pasividad elevada). Algunos autores como Heimberg y Harrison<sup>(53)</sup> han señalado que esta escala, más que las demás, tiende a confundir la aserción y la agresión.

Dichos niveles de Asertividad: “pasivo”, “poco Asertivo”, “Asertividad intermedia-Baja”, “Asertividad intermedia-Alta”, “bastante Asertividad” y “Agresivo”, los hemos aglutinado en tres niveles: “Pasivo”, “Asertivo” y “Agresivo”, debido a la escasa tasa de frecuencia en algunos de ellos, con los siguientes intervalos:

- De -66 a -26: Pasivo
- De -25 a 25: Asertivo
- De 26 a 66: Agresivo

#### **4.3.4.- INVENTARIO PARA LA DEPRESIÓN DE BECK (BDI)**

El inventario para la Depresión de Beck<sup>(54)</sup> es quizás el instrumento de autoinforme más utilizado internacionalmente para cuantificar los síntomas depresivos en poblaciones normales y clínicas <sup>(55-58)</sup>.

El BDI, en su formato de 21 ítems, cuenta con dos versiones, la de 1961<sup>(59)</sup> y la de 1978<sup>(60)</sup>. Para nuestro estudio hemos utilizado la versión de 1978, que presenta sustanciales modificaciones respecto a la original de 1961 que aconsejan su empleo frente a esta última<sup>(61)</sup>.

El BDI es un instrumento de 21 ítems en los que se evalúa la intensidad de la Depresión en el sujeto. En cada uno de los ítems éste tiene que elegir aquella frase entre un conjunto de cuatro alternativas, siempre ordenadas por la gravedad que mejor se aproxima a su estado durante la última semana, incluyendo el día en que completa el inventario.

En cuanto a la corrección del instrumento, cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se puede obtener una puntuación total que varía de 0 a 63. A veces se da la

circunstancia de que el sujeto elige más de una alternativa en un ítem dado. En este caso se elige la puntuación de mayor gravedad.

Las diferentes categorías de depresión -Mínima, Leve, Moderada y Grave- corresponde a la obtención de una puntuación de:

- (0-9) Mínima.
- (10-16) Leve.
- (17-29) Moderada.
- (30-63) Grave.

#### **4.3.5.- CUESTIONARIO DE ANSIEDAD STAI (A/E) Y (A/R)**

El cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo elaborado por Spielberger, Gorsuch y Lushene<sup>(62)</sup>, evalúa la ansiedad conceptualizada de dos formas independientes: Ansiedad como Estado (A/E) y Ansiedad como Rasgo (A/R) mediante escalas separadas de autoevaluación según los conceptos de Estado y Rasgo de Spielberger.

Para Spielberger el concepto de ansiedad como proceso psicobiológico implica una teoría de la ansiedad en la cual están especificadas las variables o constructos fundamentales de los estados de ansiedad, los cuales se reducen a estrés, amenaza y estado de ansiedad y presenta dos conceptos independientes (como hemos visto): la Ansiedad Estado (A/E) y la Ansiedad Rasgo (A/R).

La A/E está conceptualizada como un estado o condición emocional transitoria del organismo humano que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprensión, así como por una hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad.



La A/R señala una relativamente estable propensión ansiosa por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar, consecuentemente, su Ansiedad Estado.

Como un concepto psicológico, la A/R posee características similares a los constructos que Atkinson llama “Motivos”<sup>(63)</sup> -disposiciones que permanecen latentes hasta que son activadas por algunos estímulos de la situación-, y a los que Campbell alude como “Disposiciones comportamentales adquiridas” <sup>(64)</sup> -residuos de experiencias pasadas que predisponen tanto a ver el mundo de una determinada manera como a manifestar unas tendencias de respuesta vinculada al objeto-.

En general, los sujetos A/R + (con mayor ansiedad rasgo) presentarán un A/E + (mayor ansiedad estado) que los sujetos A/R -, porque los A/R + ven muchas más situaciones amenazadoras. Por tanto, los A/R + son más propensos a responder con un aumento de A/E en situaciones de relaciones interpersonales que impliquen alguna amenaza a la autoestima -enfrentarse a una tarea difícil o novedosa-; sin embargo, el hecho de que las personas que difieren en A/R muestren unas correspondientes diferencias en A/E, dependerá del grado en que la situación específica es percibida por un determinado individuo como peligrosa o amenazadora, y esto está muy influido por las particulares experiencias pasadas.

- **Subescalas: A/E y A/R**

**La subescala A/E** puede ser utilizada para determinar los niveles actuales de intensidad de la ansiedad inducidos por procedimientos experimentales cargados de tensión o “estrés”, o como un índice del nivel del impulso (“drive”, D), tal y como fue

definido por Hull y Spencer<sup>(65)</sup>. Se ha observado que las puntuaciones A/E aumentan como respuesta a diferentes tipos de tensión y disminuyen como resultado de las técnicas de relajación.

**La subescala A/R** puede ser utilizada en la investigación para seleccionar sujetos con diferente predisposición a responder al “estrés” psicológico con distintos niveles de intensidad de la A/E.

La puntuación A/R permite discriminar a los alumnos (de enseñanza secundaria o universitaria) y a los profesionales según su predisposición a la ansiedad, así como evaluar el grado en que están afectados por problemas de ansiedad neurótica.

Para su validación se ha seguido el método de la validez de constructo y el de la validez recurrente con otras pruebas similares, apareciendo los coeficientes de validación superiores al 0,35 y, como tal, aceptables.

Por último, cabe decir que la prueba presenta (ver anexo) unas instrucciones y 20 elementos para cada escala (A/R y A/E), por los que uno puede describirse a sí mismo en un momento para la Ansiedad Estado y, en general, para la Ansiedad Rasgo; a los ítems el sujeto responde marcando uno de los valores comprendidos entre el 0-3 y su sumatorio ofrece una puntuación directa para cada escala (A/E y A/R), que puede convertirse en puntuaciones centiles cotejándolas con los grupos normativos (de los baremos españoles). A medida que la puntuación –directa o centil<sup>(66)</sup>- es mayor, el sujeto posee mayor nivel de ansiedad.

#### **4.3.6.- ESCALA DE ESTRÉS SOCIO-LABORAL (“EAE-S”)**

Es una escala elaborada por Fernández y Mielgo<sup>(67)</sup>, siguiendo los modelos teóricos y líneas de investigación de Holmes y Rahe<sup>(68)</sup> y Lazarus<sup>(69)</sup>, a través de los cuales obtienen las directrices de su estudio, que tiene como objeto medir el Estrés en el ámbito laboral.

Consideran que la respuesta al estrés es diferencial y varía de un sujeto a otro, siendo la capacidad de afrontamiento distinta por parte del individuo y dependiendo de los agentes estresantes. De esta forma, es fundamental el planteamiento tanto cognitivo (la valoración de los acontecimientos estresantes por parte del individuo) como afectivo-emocional (como se vive dicho suceso).

Esta escala va dirigida a la población trabajadora con edades comprendidas entre 20 a 60 años. Consta de 50 ítems distribuidos en tres ámbitos de contexto: trabajo en sí mismo, contexto laboral y relación del sujeto con el trabajo.

Se trata de una escala muy rica, pues se pueden obtener tres tipos de informaciones:

1. Presencia o no de los distintos acontecimientos estresantes, siempre referidos al contexto laboral.
2. Afectación en la actualidad o en el pasado.
3. Valoración personal de la intensidad con que le han afectado dichos acontecimientos.

No obstante, en nuestro estudio nos centraremos en el punto 3, interesándonos la valoración global de la intensidad de estrés laboral; ausencia o presencia de estrés en nuestra población.

Fijamos los resultados finales a partir de las puntuaciones totales en intensidad obtenidas por los sujetos, atendiendo a las puntuaciones centiles que le correspondan mediante un criterio de percentiles (33%), asumiendo que el tercio superior, medio e inferior de la muestra expresan niveles altos, medios y bajos de estrés laboral. Así pues, contamos con tres niveles de estrés laboral:

- Nivel bajo: resultados que ocupen el tercio inferior (centiles 1 a 33).
- Nivel moderado: puntuaciones que ocupan el tercio central (centiles 34 a 66).
- Nivel alto: puntuaciones del tercio superior (centiles 67 a 99).

#### **4.4. RECOGIDA DE DATOS Y CALENDARIO**

Una vez elaborada la hoja de presentación y el cuestionario de variables sociodemográficas, seleccionadas las escalas descritas y ultimado el muestreo, se procedió a la edición del material que habría que conformar la “batería” de pruebas, más la hoja general de presentaciones.

A cada sujeto que formaba parte de la muestra se le entregó la batería de pruebas en un sobre, con unas breves instrucciones para facilitarle la realización y provocar la motivación precisa, con la idea tanto de lograr su correcta aplicación como su correcta cumplimentación. A medida que se iban recogiendo los sobres, se iban enumerando para su control. Asimismo, se iban corrigiendo con las plantillas al respecto y comparándolas con las puntuaciones obtenidas en cada Escala, eliminando aquéllos que estaban incompletos o mal cumplimentados.

Así de cada sujeto hemos obtenido, una serie de datos psicosociales y sociodemográficos.

▫ **En el caso de los Alumnos:**

- Sexo, edad, situación laboral, acceso a la Universidad y curso en el que se encuentra.
- Información sobre si habían realizado o no Cursos sobre HHSS; Si creen o No que tienen HHSS y Si creen necesaria la realización de Cursos sobre HHSS en el Posgrado.
- Información sobre el estilo comunicativo o HHSS del sujeto, según su variable de Asertividad (pasivo, asertivo, y agresivo), en el RAS.
- Información sobre los niveles o categorías de Depresión, según el BDI.
- Información sobre los niveles de Ansiedad Estado/Rasgo, según el STAI.

▫ **En el caso de los Profesionales:**

- Sexo, edad, estado civil, número de hijos, situación administrativa, turno, experiencia laboral y centro de trabajo.
- Información sobre si habían realizado o no Cursos sobre HHSS; Si creen o No que tienen HHSS y Si creen necesaria la realización de Cursos sobre HHSS en el Posgrado.
- Información sobre el estilo comunicativo o HHSS del sujeto, entendido en nuestro estudio como una estrategia de afrontamiento en el desarrollo de su actividad laboral y personal, según su variable de Asertividad (pasivo, asertivo, y agresivo) en el RAS.
- Información sobre los niveles o categorías de Depresión, según el BDI.
- Información sobre los niveles de Ansiedad Estado/Rasgo, según el STAI.
- Información sobre el nivel de Estrés laboral, según el EAE-S.

▫ **El CALENDARIO fue el siguiente:**

En febrero de 2007 se diseñó el cuestionario de variables sociodemográficas y la hoja de presentación.

En marzo de 2007 se concretan las pruebas que iban a componer la batería.

En abril de 2007 se les entregó a los estudiantes.

De abril a mayo de 2007, se efectuó la recogida de datos de los Alumnos.

De abril a julio del 2007 se les entrega la batería de pruebas a los Profesionales.

De julio de 2007 a febrero del 2008, se efectuó la recogida de datos. Esta fue muy laboriosa y hubo que repetir la entrega en más de un Centro de trabajo.

A partir de abril de 2008, una vez obtenidos los datos, se emprendió el tratamiento estadístico y el análisis de estos, la elaboración literaria del trabajo y la confección de las tablas y gráficos.

#### **4.5.- TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS**

##### **4.5.1. CODIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS**

Al finalizar la fase de recogida de datos, el siguiente paso a seguir fue el de la agrupación de los datos en función de las variables estudiadas. Posteriormente, para el tratamiento de los datos hemos usado el paquete estadístico SPSS para Windows (versión 12) y el programa de Microsoft office Excel 2003/7.

La codificación definitiva se ofrece en las siguientes tablas:

▫ **ALUMNOS**

**Codificación cuestionario nº 1. Variables:  
Sociodemográficas**

<b>VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS</b>				
<b>ÍTEM</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>TIPO</b>	<b>RANGO</b>	<b>SIGNIFICADO</b>
1.	<b>SEXO</b>	Nominal	1- 2	Sexo de los sujetos: 1.- Varón 2.- Mujer
2.	<b>EDAD</b>	Cuantitativa	Intervalos: 1-2	Intervalos de edad de los sujetos: 1.- Entre 26 y 50 años 2.- Más de 50 años
3.	<b>SIT. LAB.</b>	Nominal	1- 2	Situación laboral de los sujetos: 1.- Trabaja 2.- No trabaja
4.	<b>ACCE. UNIV.</b>	Nominal	1,2,3	Acceso Universidad: 1.- Selectividad 2.- Formación profesional 3.- Otros
8.	<b>ALUMNO</b>	Ordinal	1,2,3	Alumno de la diplomatura de: 1.- Primer curso 2.- Segundo curso 3.- Tercer curso
9.	<b>CREE HHSS</b>	Dicotómica	1, 2	Cree que tiene HHSS 1.- Sí 2.- No
10	<b>CUR. HHSS</b>	Dicotómica	1, 2	Ha realizado cursos sobre HHSS 1.- Sí 2.- No
11	<b>HHSS POSG.</b>	Dicotómica	1, 2	Cursos HHSS en postgrado 1.- Sí 2.- No

▣ **PROFESIONALES**

**Codificación cuestionario nº 1. Variables:  
Sociodemográficas y Organizacionales**

<b>VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS</b>				
<b>ÍTEM</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>TIPO</b>	<b>RANGO</b>	<b>SIGNIFICADO</b>
1.	<b>SEXO</b>	Nominal	1- 2	Sexo de los sujetos: 1.- Varón 2.- Mujer
2.	<b>EDAD</b>	Cuantitativa	Intervalos: 1-2	Intervalos de edad de los sujetos: 1.- Entre 26 y 50 años 2.- Más de 50 años
3.	<b>EST. CIVIL</b>	Nominal	1- 2	Estado Civil de los sujetos: 1.- Vive en pareja 2.- No vive en pareja
4.	<b>Nº. HIJOS</b>	Cuantitativa	Intervalos: 1-3	Intervalos de números de hijos de los sujetos: 1.- Ninguno 2.- Uno 3.- Dos o más
5.	<b>EXP. LAB.</b>	Ordinal	Intervalos: 1-2	Años de experiencia laboral: 1.- De 3 a 10 años 2.- Más de 10 años
6.	<b>CENT. TR.</b>	Dicotómica	1, 2	Centro de trabajo de los sujetos: 1.- Atención primaria 2.- Atención especializada
7.	<b>SIT. ADM.</b>	Ordinal	1,2,3	Situación administrativa de los sujetos: 1.- Fijo 2.- Interino 3.- Eventual
8.	<b>TURNOS</b>	Ordinal	1,2,3	Turno de trabajo de los sujetos: 1.- Mañana 2.- Tarde 3.- Mañana y tarde
9.	<b>CREE HHSS</b>	Dicotómica	1, 2	Cree que tiene HHSS 1.- Sí 2.- No
10	<b>CUR. HHSS</b>	Dicotómica	1, 2	Ha realizado cursos sobre HHSS 1.- Sí 2.- No
11	<b>HHSS POSG.</b>	Dicotómica	1, 2	Cursos HHSS en postgrado 1.- Sí 2.- No



**Codificación del cuestionario nº2. Variables Psicológicas:**  
*Escala de Asertividad de Rathus (RAS)*

VARIABLES PSICOLÓGICAS			
NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO	RANGO	SIGNIFICADO
A.PD	Cuantitativa		Puntuación directa obtenida de Asertividad
A.NI	Ordinal	1, 2, 3	Niveles de Asertividad: 1. Pasivo (-66 al-26) 2. Asertivo (-25 al 25) 3. Agresivo (26 al 66)

**Codificación del cuestionario nº3. Variables Psicológicas:**  
*Inventario para la Depresión de Beck (BDI)*

VARIABLES PSICOLÓGICAS			
NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO	RANGO	SIGNIFICADO
D.PD	Cuantitativa		Puntuación directa obtenida de Depresión
D.NI	Ordinal	1, 2, 3, 4	Niveles de Depresión: 1. Mínima (0 al 9) 2. Leve (10 al 16) 3. Moderada (17 al 29) 4. Grave (30 al 63)

**Codificación del cuestionario nº4. Variables Psicológicas:**  
*Cuestionario de Ansiedad STAI (A/E)*

VARIABLES PSICOLÓGICAS			
NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO	RANGO	SIGNIFICADO
A/E.PD	Cuantitativa		Puntuación directa obtenida de Ansiedad/Estado
A/E.NI	Ordinal	1, 2, 3	Niveles de Ansiedad/Estado: 1. Bajo 2. Moderado 3. Alto

**Codificación del cuestionario nº5. Variables Psicológicas:  
Cuestionario de Ansiedad STAI (A/R)**

VARIABLES PSICOLÓGICAS O INTERNAS			
NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO	RANGO	SIGNIFICADO
A/R.PD	Cuantitativa		Puntuación directa obtenida de Ansiedad/Rasgo
A/R.NI	Ordinal	1, 2, 3	Niveles de Ansiedad/Rasgo: 1. Bajo 2. Moderado 3. Alto

**Codificación del cuestionario nº6. Variables Psicológicas:  
Escala de Estrés laboral ( EAE-S )**

VARIABLES PSICOLÓGICAS			
NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO	RANGO	SIGNIFICADO
EAE.A	Cuantitativa		Puntuación directa de intensidad de estrés en la actualidad
EAE.P	Cuantitativa		Puntuación directa de intensidad de estrés en el pasado
EAE.T	Cuantitativa		Puntuación directa de intensidad de estrés total
EAE.NI	Ordinal	1, 2, 3	Niveles de Estrés Laboral: 1. Nivel Bajo (0- 44) 2. Nivel Medio (45- 68) 3. Nivel Alto (69- 117)

#### 4.5.2 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Con el análisis estadístico de los datos codificados pretendemos determinar:

**1. El perfil de la muestra**, a través de las puntuaciones directas (valores absolutos) y porcentajes (valores relativos) en cada opción de los datos del “Cuestionario Sociodemográfico”.

**2. Puntuaciones directas medias y sus desviaciones típicas** de las variables psicológicas, medidas en las pruebas psicométricas:

- Escala RAS de Rathus (Asertividad)
- Inventario para la Depresión de Beck (BDI)
- Cuestionario de Ansiedad STAI Estado(A/E)
- Cuestionario de Ansiedad STAI Rasgo(A/R)
- Escala EAE-S (Estrés Socio-Laboral)

**3. Porcentajes obtenidos en cada uno de los niveles de las variables** psicológicas señaladas anteriormente.

**4. Análisis de correspondencia de las variables sociodemográficas, organizacionales y psicológicas, a través de:**

Las tablas de contingencia de cada una de las variables a través de las pruebas de significación “Ji- cuadrado”.

**5. Estudio del análisis de varianza de un factor (ANOVA), para todas las variables** (sociodemográficas, organizacionales y psicológicas).

**6. Correlaciones de Spearman (p):**

- Coeficiente de Correlación de Spearman para las variables sociodemográficas, y psicológicas.

#### 4.5.3. GRÁFICOS

La presentación de los datos obtenidos va acompañada con los siguientes gráficos:

- **Gráficos de sectores** para representar los porcentajes obtenidos de las variables sociodemográficas. Consisten en círculos (“Tartas”) que representan a toda la población, mostrando la contribución de las partes de un todo, correspondiendo cada sector -con colores diferentes- a un grupo definido por una única variable de agrupación.
- **Gráficos de barras** para los porcentajes obtenidos de cada uno de los niveles de las variables psicológicas. Muestran la frecuencia de cada categoría distinta con una barra y color diferente, permitiendo compararlas de forma visual.
- **Gráficos de barras agrupadas.** Estos nos ayudan a resumir los datos por grupos de casos. Existe una agrupación por cada valor de la variable que queremos estudiar, en función a un factor específico, que es la variable que define las barras dentro de cada agrupación. Por cada valor de esta variable hay un conjunto de barras de distinto color.

## ***V. RESULTADOS***

---

## ***5.1. RESULTADOS DE LA MUESTRA DE ALUMNOS***

---

### **5.1.1.-GUÍA**

En las siguientes páginas expondremos mediante TABLAS los resultados obtenidos tras la corrección de los Cuestionarios y Escalas en toda la muestra (“Total”) y en los diversos subgrupos muestrales una vez efectuados también los pertinentes análisis estadísticos antes descritos.

### **5.1.2.-TABLAS**

Se representan en tablas los siguientes datos:

**5.1.2.1.-**Resultados globales de los Rasgos Sociodemográficos y Psicosociales de la Muestra Total (“Alumnos”) y su reparto en frecuencias absolutas y relativas en los diversos subgrupos muestrales (Tabla 1).

**5.1.2.2.-**Resultados según los diversos subgrupos muestrales en las diversas alternativas Sociodemográficas y Psicosociales según los “datos de cabecera”, tanto en valores absolutos cómo en relativos (Tablas 2 a 17).

**5.1.2.3.-**Resultados de pruebas no paramétricas para las variables Sociodemográficas y Psicosociales (Tablas 18 a 42).

**5.1.2.4.-**Resultados de los Análisis de varianza de un factor (ANOVA) para las variables Sociodemográficas y Psicológicas (Tablas 43 a 49).

**5.1.2.5.-**Coeficiente de correlación de Spearman entre variables Sociodemográficas y Psicológicas (Tabla 50).

### 5.1.2.1.-RESULTADOS GLOBALES EN LA MUESTRA TOTAL: "ALUMNOS"

TABLA 1

Variables		N	%	TOTAL
SEXO	Varón	35	27,1	129
	Mujer	94	72,9	
EDAD	Hasta 25 años	115	89,1	129
	Entre 26 y 50 años	14	10,9	
SITUACIÓN LABORAL	Trabaja	20	15,5	129
	No trabaja	109	84,5	
ACCESO UNIVERSIDAD	Selectividad	85	65,9	129
	Formación profesional	29	22,5	
	Otros	15	11,6	
ALUMNO	Primer curso	54	41,8	129
	Segundo curso	26	20,2	
	Tercer curso	49	38	
CREE QUE TIENE HHSS	Sí	112	86,8	129
	No	17	13,2	
HA REALIZADO CURSOS HHSS	Sí	28	21,7	129
	No	101	78,3	
CURSOS HHSS EN POSGRADO	Sí	116	89,9	129
	No	13	10,1	
ASERTIVIDAD	Pasivo	0	0	129
	Asertivo	119	92,2	
	Agresivo	10	7,8	
DEPRESIÓN	Mínima	96	74,4	129
	Leve	20	15,5	
	Moderada	13	10,1	
	Grave	0	0	
ANSIEDAD/ESTADO	Baja	51	39,5	129
	Moderada	42	32,6	
	Alta	36	27,9	
ANSIEDAD/RASGO	Baja	55	42,6	129
	Moderada	38	29,5	
	Alta	36	27,9	
		$\bar{X}$	$\sigma X$	
ASERTIVIDAD		7,59	12,89	129
DEPRESIÓN		6,82	6,40	129
ANSIEDAD/ESTADO		21,42	11,98	129
ANSIEDAD/RASGO		22,17	10,57	129

## 5.1.2.2.-RESULTADOS GLOBALES EN LA MUESTRA DE ALUMNOS: "SUBGRUPOS"

TABLA 2: SEXO

		VARÓN		MUJER		Total	Estad.
		N	%	N	%		
TODOS		35	27,1	94	72,9	129	
EDAD	Hasta 25 años	26	74,3	89	94,7	115	$\chi^2=10,965$ $p=0,002$ (*) E. Fisher
	Entre 26 y 50 años	9	25,7	5	5,3	14	
SITUACIÓN LABORAL	Trabaja	8	22,9	12	12,8	20	$\chi^2=1,983$ $p=0,159$
	No trabaja	27	77,1	82	87,2	109	
ACCESO UNIVERSIDAD	Selectividad	22	62,9	63	67	85	$\chi^2=1,455$ $p=0,483$
	Formación profesional	7	20	22	23,4	29	
	Otros	6	17,1	9	9,6	15	
ALUMNO	Primer curso	17	48,6	37	39,4	54	$\chi^2=0,906$ $p=0,636$
	Segundo curso	6	17,1	20	21,3	26	
	Tercer curso	12	34,3	37	39,4	49	
CREE QUE TIENE HHSS	Sí	29	82,9	83	88,3	112	$\chi^2=0,660$ $p=0,397$ E. Fisher
	No	6	17,1	11	11,7	17	
HA REALIZADO CURSOS HHSS	Sí	6	17,1	22	23,4	28	$\chi^2=0,588$ $p=0,443$
	No	29	82,9	72	76,6	101	
CURSOS HHSS EN POSGRADO	Sí	29	82,9	87	92,6	116	$\chi^2=2,646$ $p=0,113$ E. Fisher
	No	6	17,1	7	7,4	13	
ASERTIVIDAD	Pasivo	0	0	0	0	0	$\chi^2=0,279$ $p=0,728$ E. Fisher
	Asertivo	33	94,3	86	91,5	119	
	Agresivo	2	5,7	8	8,5	10	
DEPRESIÓN	Mínima	24	68,6	72	76,6	96	$\chi^2=1,148$  $p=0,563$
	Leve	6	17,1	14	14,9	20	
	Moderada	5	14,3	8	8,5	13	
	Grave	0	0	0	0	0	
ANSIEDAD/ESTADO	Baja	14	40	37	39,4	51	$\chi^2=0,752$ $p=0,687$
	Moderada	13	37,1	29	30,9	42	
	Alta	8	22,9	28	29,8	36	
ANSIEDAD/RASGO	Baja	16	45,7	39	41,5	55	$\chi^2=1,031$ $p=0,597$
	Moderada	8	22,9	30	31,9	38	
	Alta	11	31,4	25	26,6	36	

(\*): Estadístico significativo al n.c. del 95%



TABLA 3: EDAD

		HASTA 25 AÑOS		ENTRE 26-50 AÑOS		Total	Estad.
		N	%	N	%		
TODOS		115	89,1	14	10,9	129	
SEXO	Varón	26	22,6	9	64,3	35	$\chi^2=10,965$ $p=0,002$ (*) E. Fisher
	Mujer	89	77,4	5	35,7	94	
SITUACIÓN LABORAL	Trabaja	15	13	5	35,7	20	$\chi^2=4,897$ $p=0,043$ (*) E. Fisher
	No trabaja	100	87	9	64,3	109	
ACCESO UNIVERSIDAD	Selectividad	81	70,4	4	28,6	85	$\chi^2=16,750$ $p=0,000$
	Formación profesional	25	21,7	4	28,6	29	
	Otros	9	7,8	6	42,9	15	
ALUMNO	Primer curso	49	42,6	5	35,7	54	$\chi^2=2,979$ $p=0,226$
	Segundo curso	25	21,7	1	7,1	26	
	Tercer curso	41	35,7	8	57,1	49	
CREE QUE TIENE HHSS	Sí	98	85,2	14	100	112	$\chi^2= 2,384$ $p=0,213$ E. Fisher
	No	17	14,8	0	0	17	
HA REALIZADO CURSOS HHSS	Sí	23	20	5	35,7	28	$\chi^2= 1,814$ $p=0,183$ E. Fisher
	No	92	80	9	64,3	101	
CURSOS HHSS EN POSGRADO	Sí	103	89,6	13	92,9	116	$\chi^2= 0,149$ $p=1,000$ E. Fisher
	No	12	10,4	1	7,1	13	
ASERTIVIDAD	Pasivo	0	0	0	0	0	$\chi^2= 0,008$ $p=1,000$ E. Fisher
	Asertivo	106	92,2	13	92,9	119	
	Agresivo	9	7,8	1	7,1	10	
DEPRESIÓN	Mínima	86	74,8	10	71,4	96	$\chi^2= 0,310$  $p=0,856$
	Leve	18	15,7	2	14,3	20	
	Moderada	11	9,6	2	14,3	13	
	Grave	0	0	0	0	0	
ANSIEDAD/ESTADO	Baja	46	40	5	35,7	51	$\chi^2= 2,569$ $p=0,277$
	Moderada	35	30,4	7	50	42	
	Alta	34	29,6	2	14,3	36	
ANSIEDAD/RASGO	Baja	48	41,7	7	50	55	$\chi^2= 0,440$ $p=0,802$
	Moderada	34	29,6	4	28,6	38	
	Alta	33	28,7	3	21,4	36	

(\*): Estadístico significativo al n.c. del 95%

TABLA 4: SITUACIÓN LABORAL

		Trabaja		No trabaja		Total	Estad.
		N	%	N	%		
TODOS		20	15,5	109	84,5	129	
SEXO	Varón	8	40	27	24,8	35	$\chi^2 = 1,983$ p=0,159
	Mujer	12	60	82	75,2	94	
EDAD	Hasta 25 años	15	75	100	91,7	115	$\chi^2 = 4,897$ p=0,043 (*) E. Fisher
	Entre 26 y 50 años	5	25	9	8,3	14	
ACCESO UNIVERSIDAD	Selectividad	5	25	80	73,4	85	$\chi^2 = 20,358$ p=0,000
	Formación profesional	8	40	21	19,3	29	
	Otros	7	35	8	7,3	15	
ALUMNO	Primer curso	6	30	48	44	54	$\chi^2 = 1,378$ p=0,502
	Segundo curso	5	25	21	19,3	26	
	Tercer curso	9	45	40	36,7	49	
CREE QUE TIENE HHSS	Sí	19	95	93	85,3	112	$\chi^2 = 1,384$ p=0,470 E. Fisher
	No	1	5	16	14,7	17	
HA REALIZADO CURSOS HHSS	Sí	6	30	22	20,2	28	$\chi^2 = 0,958$ p=0,377 E. Fisher
	No	14	70	87	79,8	101	
CURSOS HHSS EN POSGRADO	Sí	17	85	99	90,8	116	$\chi^2 = 0,633$ p=0,424 E. Fisher
	No	3	15	10	9,2	13	
ASERTIVIDAD	Pasivo	0	0	0	0	0	$\chi^2 = 4,965$ p=0,048 (*) E. Fisher
	Asertivo	16	80	103	94,5	119	
	Agresivo	4	20	6	5,5	10	
DEPRESIÓN	Mínima	13	65	83	76,1	96	$\chi^2 = 1,160$ p=0,560
	Leve	4	20	16	14,7	20	
	Moderada	3	15	10	9,2	13	
	Grave	0	0	0	0	0	
ANSIEDAD/ESTADO	Baja	6	30	45	41,3	51	$\chi^2 = 1,832$ p=0,400
	Moderada	6	30	36	33	42	
	Alta	8	40	28	25,7	36	
ANSIEDAD/RASGO	Baja	6	30	49	45	55	$\chi^2 = 1,817$ p=0,403
	Moderada	8	40	30	27,5	38	
	Alta	6	30	30	27,5	36	

(\*): Estadístico significativo al n.c. del 95%

**TABLA 5: ACCESO A LA UNIVERSIDAD**

		Selectividad		Formación Profesional		Otros		Total	Estad.
		N	%	N	%	N	%		
<b>TODOS</b>		85	65,9	29	22,5	15	11,6	129	
<b>SEXO</b>	Varón	22	25,9	7	24,1	6	40	35	$\chi^2=1,455$ p=0,483
	Mujer	63	74,1	22	75,9	9	60	94	
<b>EDAD</b>	Hasta 25 años	81	95,3	25	86,2	9	60	115	$\chi^2=16,750$ p=0,000
	Entre 26 y 50 años	4	4,7	4	13,8	6	40	14	
<b>SITUACIÓN LABORAL</b>	Trabaja	5	5,9	8	27,6	7	46,7	20	$\chi^2=20,358$ p=0,000
	No trabaja	80	94,1	21	72,4	8	53,3	109	
<b>ALUMNO</b>	Primer curso	33	38,8	13	44,8	8	53,3	54	$\chi^2=1,493$ p=0,828
	Segundo curso	19	22,4	5	17,2	2	13,3	26	
	Tercer curso	33	38,8	11	37,9	5	33,3	49	
<b>CREE QUE TIENE HHSS</b>	Sí	72	84,7	26	89,7	14	93,3	112	$\chi^2=1,092$ p=0,579
	No	13	15,3	3	10,3	1	6,7	17	
<b>HA REALIZADO CURSOS HHSS</b>	Sí	16	18,8	7	24,1	5	33,3	28	$\chi^2=1,710$ p=0,425
	No	69	81,2	22	75,9	10	66,7	101	
<b>CURSOS HHSS EN POSGRADO</b>	Sí	76	89,4	25	86,2	15	100	116	$\chi^2=2,147$ p=0,342
	No	9	10,6	4	13,8	0	0	13	
<b>ASERTIVIDAD</b>	Pasivo	0	0	0	0	0	0	0	$\chi^2=6,425$ p=0,040
	Asertivo	82	96,5	24	82,8	13	86,7	119	
	Agresivo	3	3,5	5	17,2	2	13,3	10	
<b>DEPRESIÓN</b>	Mínima	64	75,3	21	72,4	11	73,3	96	$\chi^2=3,082$ p=0,544
	Leve	13	15,3	6	20,7	1	6,7	20	
	Moderada	8	9,4	2	6,9	3	20	13	
	Grave	0	0	0	0	0	0	0	
<b>ANSIEDAD/ESTADO</b>	Baja	35	41,2	9	31	7	46,7	51	$\chi^2=8,523$ p=0,074
	Moderada	30	35,3	6	20,7	6	40	42	
	Alta	20	23,5	14	48,3	2	13,3	36	
<b>ANSIEDAD/RASGO</b>	Baja	38	44,7	8	27,6	9	60	55	$\chi^2=5,300$ p=0,258
	Moderada	25	29,4	11	37,9	2	13,3	38	
	Alta	22	25,9	10	34,5	4	26,7	36	

TABLA 6: ALUMNO

		Primer curso		Segundo curso		Tercer curso		Total	Estad.
		N	%	N	%	N	%		
TODOS		54	41,9	26	20,2	49	38	129	
SEXO	Varón	17	31,5	6	23,1	12	24,5	35	$\chi^2=0,906$ p=0,636
	Mujer	37	68,5	20	76,9	37	75,5	94	
EDAD	Hasta 25 años	49	90,7	25	96,2	41	83,7	115	$\chi^2=2,979$ p=0,226
	Entre 26 y 50 años	5	9,3	1	3,8	8	16,3	14	
SITUACIÓN LABORAL	Trabaja	6	11,1	5	19,2	9	18,4	20	$\chi^2=1,378$ p=0,502
	No trabaja	48	88,9	21	80,8	40	81,6	109	
ACCESO UNIVERSIDAD	Selectividad	33	61,1	19	73,1	33	67,3	85	$\chi^2=1,493$ p=0,828
	Formación profesional	13	24,1	5	19,2	11	22,4	29	
	Otros	8	14,8	2	7,7	5	10,2	15	
CREE QUE TIENE HHSS	Sí	44	81,5	24	92,3	44	89,8	112	$\chi^2=2,409$ p=0,300
	No	10	18,5	2	7,7	5	10,2	17	
HA REALIZADO CURSOS HHSS	Sí	2	3,7	2	7,7	24	49	28	$\chi^2=34,750$ p=0,000 (*)
	No	52	96,3	24	92,3	25	51	101	
CURSOS HHSS EN POSGRADO	Sí	50	92,6	22	84,6	44	89,8	116	$\chi^2=1,234$ p=0,540
	No	4	7,4	4	15,4	5	10,2	13	
ASERTIVIDAD	Pasivo	0	0	0	0	0	0	0	$\chi^2=0,976$ p=0,614
	Asertivo	50	92,6	25	96,2	44	89,8	119	
	Agresivo	4	7,4	1	3,8	5	10,2	10	
DEPRESIÓN	Mínima	40	74,1	20	76,9	36	73,5	96	$\chi^2=2,299$ p=0,681
	Leve	9	16,7	2	7,7	9	18,4	20	
	Moderada	5	9,3	4	15,4	4	8,2	13	
	Grave	0	0	0	0	0	0	0	
ANSIEDAD/ESTADO	Baja	23	42,6	10	38,5	18	36,7	51	$\chi^2=0,999$ p=0,910
	Moderada	16	29,6	10	38,5	16	32,7	42	
	Alta	15	27,8	6	23,1	15	30,6	36	
ANSIEDAD/RASGO	Baja	29	53,7	10	38,5	16	32,7	55	$\chi^2=9,143$ p=0,058
	Moderada	9	16,7	8	30,8	21	42,9	38	
	Alta	16	29,6	8	30,8	12	24,5	36	

(\*): Estadístico significativo al n.c. del 95%

TABLA 7: CREE QUE TIENE HHSS

		SÍ		NO		Total	Estad.
		N	%	N	%		
TODOS		112	86,8	17	13,2	129	
SEXO	Varón	29	25,9	6	35,3	35	$\chi^2=0,660$ p=0,397 E. Fisher
	Mujer	83	74,1	11	64,7	94	
EDAD	Hasta 25 años	98	87,5	17	100	115	$\chi^2=2,384$ p=0,213 E. Fisher
	Entre 26 y 50 años	14	12,5	0	0	14	
SITUACIÓN LABORAL	Trabaja	19	17	1	5,9	20	$\chi^2=1,384$ p=0,470 E. Fisher
	No trabaja	93	83	16	94,1	109	
ACCESO UNIVERSIDAD	Selectividad	72	64,3	13	76,5	85	$\chi^2=1,092$ p=0,579
	Formación profesional	26	23,2	3	17,6	29	
	Otros	14	12,5	1	5,9	15	
ALUMNO	Primer curso	44	39,3	10	58,8	54	$\chi^2=2,409$ p=0,300
	Segundo curso	24	21,4	2	11,8	26	
	Tercer curso	44	39,3	5	29,4	49	
HA REALIZADO CURSOS HHSS	Sí	27	24,1	1	5,9	28	$\chi^2=2,885$ p=0,118 E. Fisher
	No	85	75,9	16	94,1	101	
CURSOS HHSS EN POSGRADO	Sí	101	90,2	15	88,2	116	$\chi^2=0,062$ p=0,681 E. Fisher
	No	11	9,8	2	11,8	13	
ASERTIVIDAD	Pasivo	0	0	0	0	0	$\chi^2=0,96$ p=0,100 E. Fisher
	Asertivo	103	92	16	94,1	119	
	Agresivo	9	8	1	5,9	10	
DEPRESIÓN	Mínima	84	75	12	70,6	96	$\chi^2=0,152$ p=0,927
	Leve	17	15,2	3	17,6	20	
	Moderada	11	9,8	2	11,8	13	
	Grave	0	0	0	0	0	
ANSIEDAD/ESTADO	Baja	47	42	4	23,5	51	$\chi^2=2,098$ p=0,350
	Moderada	35	31,3	7	41,2	42	
	Alta	30	26,8	6	35,3	36	
ANSIEDAD/RASGO	Baja	50	44,6	5	29,4	55	$\chi^2=2,039$ p=0,361
	Moderada	33	29,5	5	29,4	38	
	Alta	29	25,9	7	41,2	36	

TABLA 8: HA REALIZADO CURSOS HHSS

		SÍ		NO		Total	Estad.
		N	%	N	%		
<b>TODOS</b>		28	21,7	101	78,3	129	
<b>SEXO</b>	Varón	6	21,4	29	28,7	35	$\chi^2=0,588$ p=0,443
	Mujer	22	78,6	72	71,3	94	
<b>EDAD</b>	Hasta 25 años	23	82,1	92	91,1	115	$\chi^2=1,814$ p=0,183 E. Fisher
	Entre 26 y 50 años	5	17,9	9	8,9	14	
<b>SITUACIÓN LABORAL</b>	Trabaja	6	21,4	14	13,9	20	$\chi^2=0,958$ p=0,377 E. Fisher
	No trabaja	22	78,6	87	86,1	109	
<b>ACCESO UNIVERSIDAD</b>	Selectividad	16	57,1	69	68,3	85	$\chi^2=1,710$ p=0,425
	Formación profesional	7	25	22	21,8	29	
	Otros	5	17,9	10	9,9	15	
<b>ALUMNO</b>	Primer curso	2	7,1	52	51,5	54	$\chi^2=34,750$ p=0,000 (*)
	Segundo curso	2	7,1	24	23,8	26	
	Tercer curso	24	85,7	25	24,8	49	
<b>CREE QUE TIENE HHSS</b>	Sí	27	96,4	85	84,2	112	$\chi^2=2,885$ p=0,118 E. Fisher
	No	1	3,6	16	15,8	17	
<b>CURSOS HHSS EN POSGRADO</b>	Sí	26	92,9	90	89,1	116	$\chi^2=0,340$ p=0,733 E. Fisher
	No	2	7,1	11	10,9	13	
<b>ASERTIVIDAD</b>	Pasivo	0	0	0	0	0	$\chi^2=0,019$ p=1,000 E. Fisher
	Asertivo	26	92,9	93	92,1	119	
	Agresivo	2	7,1	8	7,9	10	
<b>DEPRESIÓN</b>	Mínima	23	82,1	73	72,3	96	$\chi^2=1,121$ p=0,571
	Leve	3	10,7	17	16,8	20	
	Moderada	2	7,1	11	10,9	13	
	Grave	0	0	0	0	0	
<b>ANSIEDAD/ESTADO</b>	Baja	14	50	37	36,6	51	$\chi^2=1,703$ p=0,427
	Moderada	8	28,6	34	33,7	42	
	Alta	6	21,4	30	29,7	36	
<b>ANSIEDAD/RASGO</b>	Baja	12	42,9	43	42,6	55	$\chi^2=2,467$ p=0,291
	Moderada	11	39,3	27	26,7	38	
	Alta	5	17,9	31	30,7	36	

(\*): Estadístico significativo al n.c. del 95%

TABLA 9: CURSOS HHSS EN POSGRADO

		SÍ		NO		Total	Estad.
		N	%	N	%		
TODOS		116	89,9	13	10,1	129	
SEXO	Varón	29	25	6	46,2	35	$\chi^2=2,646$ p=0,113 E. Fisher
	Mujer	87	75	7	53,8	94	
EDAD	Hasta 25 años	103	88,8	12	92,3	115	$\chi^2=0,149$ p=1,000 E. Fisher
	Entre 26 y 50 años	13	11,2	1	7,7	14	
SITUACIÓN LABORAL	Trabaja	17	14,7	3	23,1	20	$\chi^2=0,633$ p=0,424 E. Fisher
	No trabaja	99	85,3	10	76,9	109	
ACCESO UNIVERSIDAD	Selectividad	76	65,5	9	69,2	85	$\chi^2=2,147$ p=0,342
	Formación profesional	25	21,6	4	30,8	29	
	Otros	15	12,9	0	0	15	
ALUMNO	Primer curso	50	43,1	4	30,8	54	$\chi^2=1,234$ p=0,540
	Segundo curso	22	19	4	30,8	26	
	Tercer curso	44	37,9	5	38,4	49	
CREE QUE TIENE HHSS	Sí	101	87,1	11	84,6	112	$\chi^2=0,062$ p=0,681 E. Fisher
	No	15	12,9	2	15,4	17	
HA REALIZADO CURSOS HHSS	Sí	26	22,4	2	15,4	28	$\chi^2=0,340$ p=0,733 E. Fisher
	No	90	77,6	11	84,6	101	
ASERTIVIDAD	Pasivo	0	0	0	0	0	$\chi^2=1,215$ p=0,597 E. Fisher
	Asertivo	106	91,4	13	100	119	
	Agresivo	10	8,6	0	0	10	
DEPRESIÓN	Mínima	87	75	9	69,2	96	$\chi^2=3,045$ p=0,218
	Leve	19	16,4	1	7,7	20	
	Moderada	10	8,6	3	23,1	13	
	Grave	0	0	0	0	0	
ANSIEDAD/ESTADO	Baja	45	38,8	6	46,2	51	$\chi^2=0,295$ p=0,863
	Moderada	38	32,8	4	30,8	42	
	Alta	33	28,4	3	23,1	36	
ANSIEDAD/RASGO	Baja	51	44	4	30,8	55	$\chi^2=1,063$ p=0,588
	Moderada	34	29,3	4	30,8	38	
	Alta	31	26,7	5	38,5	36	

TABLA 10: ASERTIVIDAD

		Pasivo		Asertivo		Agresivo		Total	Estad.
		N	%	N	%	N	%		
<b>TODOS</b>		0	0	119	92,2	10	7,8	129	
<b>SEXO</b>	Varón	0	0	33	27,7	2	20	35	$\chi^2=0,279$ p=0,728 E. Fisher
	Mujer	0	0	86	72,3	8	80	94	
<b>EDAD</b>	Hasta 25 años	0	0	106	89,1	9	90	115	$\chi^2=0,008$ p=1,000 E. Fisher
	Entre 26 y 50 años	0	0	13	10,9	1	10	14	
<b>SITUACIÓN LABORAL</b>	Trabaja	0	0	16	13,4	4	40	20	$\chi^2=4,965$ p=0,048 (*) E. Fisher
	No trabaja	0	0	103	86,6	6	60	109	
<b>ACCESO UNIVERSIDAD</b>	Selectividad	0	0	82	68,9	3	30	85	$\chi^2=6,425$ p=0,040
	Formación profesional	0	0	24	20,2	5	50	29	
	Otros	0	0	13	10,9	2	20	15	
<b>ALUMNO</b>	Primer curso	0	0	50	42	4	40	54	$\chi^2=0,976$ p=0,614
	Segundo curso	0	0	25	21	1	10	26	
	Tercer curso	0	0	44	37	5	50	49	
<b>CREE QUE TIENE HHSS</b>	Sí	0	0	103	86,6	9	90	112	$\chi^2=0,096$ p=1,000 E. Fisher
	No	0	0	16	13,4	1	10	17	
<b>HA REALIZADO CURSOS DE HHSS</b>	Sí	0	0	26	21,8	2	20	28	$\chi^2=0,019$ p=1,000 E. Fisher
	No	0	0	93	78,2	8	80	101	
<b>CURSOS HHSS EN POSGRADO</b>	Sí	0	0	106	89,1	10	100	116	$\chi^2=1,215$ p=0,597 E. Fisher
	No	0	0	13	10,9	0	0	13	
<b>DEPRESIÓN</b>	Mínima	0	0	91	76,5	5	50	96	$\chi^2=3,397$ p=0,183
	Leve	0	0	17	14,3	3	30	20	
	Moderada	0	0	11	9,2	2	20	13	
	Grave	0	0	0	0	0	0	0	
<b>ANSIEDAD/ESTADO</b>	Baja	0	0	50	42	1	10	51	$\chi^2=9,799$ p=0,007
	Moderada	0	0	40	33,6	2	20	42	
	Alta	0	0	29	24,4	7	70	36	
<b>ANSIEDAD/RASGO</b>	Baja	0	0	54	45,4	1	10	55	$\chi^2=6,710$ p=0,035
	Moderada	0	0	35	29,4	3	30	38	
	Alta	0	0	30	25,2	6	60	36	

(\*): Estadístico significativo al n.c. del 95%



TABLA 11: DEPRESIÓN

		Mínima		Leve		Moderada		Grave		Total	Estad.
		N	%	N	%	N	%	N	%		
<b>TODOS</b>		96	74,4	20	15,5	13	10,1	0	0	129	
<b>SEXO</b>	Varón	24	25	6	30	5	38,5	0	0	35	$\chi^2=1,148$ p=0,563
	Mujer	72	75	14	70	8	61,5	0	0	94	
<b>EDAD</b>	Hasta 25 años	86	89,6	18	90	11	84,6	0	0	115	$\chi^2=0,310$ p=0,856
	Entre 26 y 50 años	10	10,4	2	10	2	15,4	0	0	14	
<b>SITUACIÓN LABORAL</b>	Trabaja	13	13,5	4	20	3	23,1	0	0	20	$\chi^2=1,160$ p=0,560
	No trabaja	83	86,5	16	80	10	76,9	0	0	109	
<b>ACCESO UNIVERSIDAD</b>	Selectividad	64	66,7	13	65	8	61,5	0	0	85	$\chi^2=3,082$ p=0,544
	F. profesional	21	21,9	6	30	2	15,4	0	0	29	
	Otros	11	11,5	1	5	3	23,1	0	0	15	
<b>ALUMNO</b>	Primer curso	40	41,7	9	45	5	38,4	0	0	54	$\chi^2=2,299$ p=0,681
	Segundo curso	20	20,8	2	10	4	30,8	0	0	26	
	Tercer curso	36	37,5	9	45	4	30,8	0	0	49	
<b>CREE QUE TIENE HHSS</b>	Sí	84	87,5	17	85	11	84,6	0	0	112	$\chi^2=0,152$ , p=0,927
	No	12	12,5	3	15	2	15,4	0	0	17	
<b>HA REALIZADO CURSOS HHSS</b>	Sí	23	24	3	15	2	15,4	0	0	28	$\chi^2=1,121$ p=0,571
	No	73	76	17	85	11	84,6	0	0	101	
<b>CURSOS HHSS EN POSGRADO</b>	Sí	87	90,6	19	95	10	76,9	0	0	116	$\chi^2=3,045$ p=0,218
	No	9	9,4	1	5	3	23,1	0	0	13	
<b>ASERTIVIDAD</b>	Pasivo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	$\chi^2=3,397$ p=0,183
	Asertivo	91	94,8	17	85	11	84,6	0	0	119	
	Agresivo	5	5,2	3	15	2	15,4	0	0	10	
<b>ANSIEDAD/ESTADO</b>	Baja	48	50	2	10	1	7,7	0	0	51	$\chi^2=35,702$ p=0,000
	Moderada	34	35,4	4	20	4	30,8	0	0	42	
	Alta	14	14,6	14	70	8	61,5	0	0	36	
<b>ANSIEDAD/RASGO</b>	Baja	53	55,2	2	10	0	0	0	0	55	$\chi^2=48,182$ p=0,000
	Moderada	30	31,3	7	35	1	7,7	0	0	38	
	Alta	13	13,5	11	55	12	92,3	0	0	36	

TABLA 12: ANSIEDAD/ESTADO

		Baja		Moderada		Alta		Total	Estad.
		N	%	N	%	N	%		
TODOS		51	39,5	42	32,5	36	27,9	129	
SEXO	Varón	14	27,5	13	31	8	22,2	35	$\chi^2=0,752$ $p=0,687$
	Mujer	37	72,5	29	69	28	77,8	94	
EDAD	Hasta 25 años	46	90,2	35	83,3	34	94,4	115	$\chi^2=2,569$ $p=0,277$
	Entre 26 y 50 años	5	9,8	7	16,7	2	5,6	14	
SITUACIÓN LABORAL	Trabaja	6	11,8	6	14,3	8	22,2	20	$\chi^2=1,832$ $p=0,400$
	No trabaja	45	88,2	36	85,7	28	77,8	109	
ACCESO UNIVERSIDAD	Selectividad	35	68,6	30	71,4	20	55,6	85	$\chi^2=8,523$ $p=0,074$
	Formación profesional	9	17,6	6	14,3	14	38,9	29	
	Otros	7	13,7	6	14,3	2	5,6	15	
ALUMNO	Primer curso	23	45,1	16	38,1	15	41,7	54	$\chi^2=0,999$ $p=0,910$
	Segundo curso	10	19,6	10	23,8	6	16,7	26	
	Tercer curso	18	35,3	16	38,1	15	41,7	49	
CREE QUE TIENE HHSS	Sí	47	92,2	35	83,3	30	83,3	112	$\chi^2=2,098$ $p=0,350$
	No	4	7,8	7	16,7	6	16,7	17	
HA REALIZADO CURSOS DE HHSS	Sí	14	27,5	8	19	6	16,7	28	$\chi^2=1,703$ $p=0,427$
	No	37	72,5	34	81	30	83,3	101	
CURSOS HHSS EN POSGRADO	Sí	45	88,2	38	90,5	33	91,7	116	$\chi^2=0,295$ $p=0,863$
	No	6	11,8	4	9,5	3	8,3	13	
ASERTIVIDAD	Pasivo	0	0	0	0	0	0	0	$\chi^2=9,799$ $p=0,007$
	Asertivo	50	98	40	95,2	29	80,6	119	
	Agresivo	1	2	2	4,8	7	19,4	10	
DEPRESIÓN	Mínima	48	94,1	34	81	14	38,9	96	$\chi^2=35,702$ $p=0,000$
	Leve	2	3,9	4	9,5	14	38,9	20	
	Moderada	1	2	4	9,5	8	22,2	13	
	Grave	0	0	0	0	0	0	0	
ANSIEDAD/RASGO	Baja	41	80,4	13	31	1	2,8	55	$\chi^2=60,559$ $p=0,000$ (*)
	Moderada	9	17,6	15	35,7	14	38,9	38	
	Alta	1	2	14	33,3	21	58,3	36	

(\*): Estadístico significativo al n.c. del 95%

TABLA 13: ANSIEDAD/RASGO

		Baja		Moderada		Alta		Total	Estad.
		N	%	N	%	N	%		
TODOS		55	42,6	38	29,5	36	27,9	129	
SEXO	Varón	16	29,1	8	21,1	11	30,6	35	$\chi^2=1,031$ p=0,597
	Mujer	39	70,9	30	78,9	25	69,4	94	
EDAD	Hasta 25 años	48	87,3	34	89,5	33	91,7	115	$\chi^2=0,440$ p=0,802
	Entre 26 y 50 años	7	12,7	4	10,5	3	8,3	14	
SITUACIÓN LABORAL	Trabaja	6	10,9	8	21,1	6	16,7	20	$\chi^2=1,817$ p=0,403
	No trabaja	49	89,1	30	78,9	30	83,3	109	
ACCESO UNIVERSIDAD	Selectividad	38	69,1	25	65,8	22	61,1	85	$\chi^2=5,300$ p=0,258
	Formación profesional	8	14,5	11	28,9	10	27,8	29	
	Otros	9	16,4	2	5,3	4	11,1	15	
ALUMNO	Primer curso	29	52,7	9	23,7	16	44,4	54	$\chi^2=9,143$ p=0,058
	Segundo curso	10	18,2	8	21,1	8	22,2	26	
	Tercer curso	16	29,1	21	55,3	12	33,3	49	
CREE QUE TIENE HHSS	Sí	50	90,9	33	86,8	29	80,6	112	$\chi^2=2,039$ p=0,361
	No	5	9,1	5	13,2	7	19,4	17	
HA REALIZADO CURSOS DE HHSS	Sí	12	21,8	11	28,9	5	13,9	28	$\chi^2=2,467$ p=0,291
	No	43	78,2	27	71,1	31	86,1	101	
CURSOS HHSS EN POSGRADO	Sí	51	92,7	34	89,5	31	86,1	116	$\chi^2=1,063$ p=0,588
	No	4	7,3	4	10,5	5	13,9	13	
ASERTIVIDAD	Pasivo	0	0	0	0	0	0	0	$\chi^2=6,710$ p=0,035
	Asertivo	54	98,2	35	92,1	30	83,3	119	
	Agresivo	1	1,8	3	7,9	6	16,7	10	
DEPRESIÓN	Mínima	53	96,4	30	78,9	13	36,1	96	$\chi^2=48,182$ p=0,000
	Leve	2	3,6	7	18,4	11	30,6	20	
	Moderada	0	0	1	2,6	12	33,3	13	
	Grave	0	0	0	0	0	0	0	
ANSIEDAD/ESTADO	Baja	41	74,5	9	23,7	1	2,8	51	$\chi^2=60,559$ p=0,000 (*)
	Moderada	13	23,6	15	39,5	14	38,9	42	
	Alta	1	1,8	14	36,8	21	58,3	36	

(\*): Estadístico significativo al n.c. del 95%

**TABLA 14: ESCALA DE ASERTIVIDAD DE RAHTUS ( RAS )**

		$\bar{X}$	$\sigma X$	Total
<b>TODOS</b>		<b>7,59</b>	<b>12,89</b>	<b>129</b>
<b>SEXO</b>	Varón	4,31	13,34	129
	Mujer	8,81	12,57	
<b>EDAD</b>	Hasta 25 años	7,78	12,86	129
	Entre 26 y 50 años	6,07	13,51	
<b>SITUACION LABORAL</b>	Trabaja	8,45	15,27	129
	No trabaja	7,44	12,48	
<b>ACCESO UNIVERSIDAD</b>	Selectividad	8,01	11,86	129
	Formación profesional	7,89	15,40	
	Otros	4,66	13,77	
<b>ALUMNO</b>	Primer curso	8,18	12,38	129
	Segundo curso	6,38	12,57	
	Tercer curso	7,59	13,79	
<b>CREE QUE TIENE HHSS</b>	Sí	7,15	12,74	129
	No	10,52	13,88	
<b>HA REALIZADO CURSOS DE HHSS</b>	Sí	6,25	12,49	129
	No	7,97	13,03	
<b>CURSOS HHSS EN POSGRADO</b>	Sí	8,00	13,08	129
	No	3,92	10,72	
<b>DEPRESIÓN</b>	Mínima	6,71	12,37	129
	Leve	9,05	15,43	
	Moderada	11,84	12,4	
	Grave	-	-	
<b>ANSIEDAD/ESTADO</b>	Baja	5,60	10,86	129
	Moderada	7,97	12,37	
	Alta	9,97	15,75	
<b>ANSIEDAD/RASGO</b>	Baja	3,96	10,91	129
	Moderada	8,31	13,40	
	Alta	12,38	13,76	

**TABLA 15: INVENTARIO PARA LA DEPRESIÓN DE BECK (BDI)**

		$\bar{X}$	$\sigma X$	Total
<b>TODOS</b>		<b>6,82</b>	<b>6,40</b>	<b>129</b>
<b>SEXO</b>	Varón	7,62	7,96	129
	Mujer	6,53	5,74	
<b>EDAD</b>	Hasta 25 años	6,75	6,22	129
	Entre 26 y 50 años	7,42	7,96	
<b>SITUACIÓN LABORAL</b>	Trabaja	8,00	5,41	129
	No trabaja	6,61	6,57	
<b>ACCESO UNIVERSIDAD</b>	Selectividad	6,85	6,38	129
	Formación profesional	7,06	6,68	
	Otros	6,20	6,41	
<b>ALUMNO</b>	Primer curso	6,50	6,43	129
	Segundo curso	8,30	7,71	
	Tercer curso	6,40	5,58	
<b>CREE QUE TIENE HHSS</b>	Sí	6,66	6,59	129
	No	7,88	4,99	
<b>HA REALIZADO CURSOS DE HHSS</b>	Sí	5,92	5,27	129
	No	7,07	6,68	
<b>CURSOS HHSS EN POSGRADO</b>	Sí	6,42	5,55	129
	No	10,46	11,23	
<b>ASERTIVIDAD</b>	Pasivo	-	-	129
	Asertivo	6,57	6,38	
	Agresivo	9,90	6,19	
<b>ANSIEDAD/ESTADO</b>	Baja	3,96	4,35	129
	Moderada	6,30	5,96	
	Alta	11,50	6,82	
<b>ANSIEDAD/RASGO</b>	Baja	3,56	3,16	129
	Moderada	5,71	4,34	
	Alta	13,00	7,57	

**TABLA 16: CUESTIONARIO DE ANSIEDAD STAI (A/E)**

		$\bar{X}$	$\sigma_X$	Total
<b>TODOS</b>		<b>21,42</b>	<b>11,98</b>	<b>129</b>
<b>SEXO</b>	Varón	18,82	11,32	129
	Mujer	22,39	12,14	
<b>EDAD</b>	Hasta 25 años	21,74	12,22	129
	Entre 26 y 50 años	18,78	9,79	
<b>SITUACIÓN LABORAL</b>	Trabaja	22,80	11,12	129
	No trabaja	21,17	12,16	
<b>ACCESO UNIVERSIDAD</b>	Selectividad	20,85	11,69	129
	Formación profesional	26,24	12,57	
	Otros	15,33	9,36	
<b>ALUMNO</b>	Primer curso	20,37	12,05	129
	Segundo curso	20,61	9,50	
	Tercer curso	23,02	13,09	
<b>CREE QUE TIENE HHSS</b>	Sí	21,16	11,93	129
	No	23,17	12,58	
<b>HA REALIZADO CURSOS DE HHSS</b>	Sí	19,57	12,92	129
	No	21,94	11,72	
<b>CURSOS HHSS EN POSGRADO</b>	Sí	21,36	11,93	129
	No	22,00	12,96	
<b>ASERTIVIDAD</b>	Pasivo	-	-	129
	Asertivo	20,51	11,58	
	Agresivo	32,30	11,87	
<b>DEPRESIÓN</b>	Mínima	17,44	9,02	129
	Leve	31,45	10,62	
	Moderada	35,38	14,26	
	Grave	-	-	
<b>ANSIEDAD/RASGO</b>	Baja	12,87	6,31	129
	Moderada	24,18	9,96	
	Alta	31,58	11,38	

**TABLA 17: CUESTIONARIO DE ANSIEDAD STAI (A/R)**

		$\bar{X}$	$\sigma X$	Total
<b>TODOS</b>		<b>22,17</b>	<b>10,57</b>	<b>129</b>
<b>SEXO</b>	Varón	19,97	11,97	129
	Mujer	23,00	9,95	
<b>EDAD</b>	Hasta 25 años	22,61	10,57	129
	Entre 26 y 50 años	18,57	10,29	
<b>SITUACIÓN LABORAL</b>	Trabaja	22,85	9,75	129
	No trabaja	22,05	10,75	
<b>ACCESO UNIVERSIDAD</b>	Selectividad	22,27	10,80	129
	Formación profesional	24,55	9,27	
	Otros	17,06	10,48	
<b>ALUMNO</b>	Primer curso	20,94	10,49	129
	Segundo curso	22,76	11,39	
	Tercer curso	23,22	10,30	
<b>CREE QUE TIENE HHSS</b>	Sí	21,91	10,54	129
	No	23,94	10,96	
<b>HA REALIZADO CURSOS DE HHSS</b>	Sí	20,07	9,81	129
	No	22,76	10,75	
<b>CURSOS HHSS EN POSGRADO</b>	Sí	21,98	10,11	129
	No	23,92	14,47	
<b>ASERTIVIDAD</b>	Pasivo	-	-	129
	Asertivo	21,58	10,51	
	Agresivo	29,20	9,02	
<b>DEPRESIÓN</b>	Mínima	18,35	7,96	129
	Leve	29,00	8,22	
	Moderada	39,92	6,96	
	Grave	-	-	
<b>ANSIEDAD/ESTADO</b>	Baja	14,43	6,85	129
	Moderada	23,50	8,56	
	Alta	31,61	8,65	

### 5.1.2.3.-PRUEBAS NO PARAMÉTRICAS

Tras el análisis estadístico de las pruebas no paramétricas, obtenemos resultados significativos para:

- **Las variables sociodemográficas y organizacionales:** “Sexo”, “Edad”, “Situación laboral”, “Acceso Universidad”, “Alumno” y “Ha realizado cursos de HHSS”

- **Las variables psicológicas:** “Asertividad”, “Depresión”, “Ansiedad/Estado” y “Ansiedad/Rasgo”.

A continuación, presentamos los resultados obtenidos:

#### SEXO

Tabla 18: Sexo-Edad

	U	W	Z	Sig. asintót.
Edad	1309,500	5774,500	-3,299	,001
SEXO	N	RANGO PROMEDIO	SUMA DE RANGOS	
Varón	35	74,59	2610,50	
Mujer	94	61,43	5774,50	

#### EDAD

Tabla 19: Edad-Sexo

	U	W	Z	Sig. asintót.
Sexo	469,500	574,500	-3,299	,001
EDAD	N	RANGO PROMEDIO	SUMA DE RANGOS	
Hasta 25 años	115	67,92	7810,50	
Entre 26 y 50 años	14	41,04	574,50	



**Tabla 20: Edad-Situación Laboral**

	U	W	Z	Sig. asintót.
<b>Situación laboral</b>	622,500	727,500	-2,204	,028
<b>EDAD</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	<b>SUMA DE RANGOS</b>	
Hasta 25 años	115	66,59	7657,50	
Entre 26 y 50 años	14	51,96	727,50	

**Tabla 21: Edad-Acceso Universidad**

	U	W	Z	Sig. asintót.
<b>Acceso universidad</b>	411,000	7081,000	-3,563	,000
<b>EDAD</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	<b>SUMA DE RANGOS</b>	
Hasta 25 años	115	61,57	7081,00	
Entre 26 y 50 años	14	93,14	1304,00	

## **SITUACIÓN LABORAL**

**Tabla 22: Situación laboral - Edad**

	U	W	Z	Sig. asintót.
<b>Edad</b>	907,500	6902,500	-2,204	,028
<b>SITUACIÓN LABORAL</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	<b>SUMA DE RANGOS</b>	
Trabaja	20	74,13	1482,50	
No trabaja	109	63,33	6902,50	

**Tabla 23: Situación laboral-Acceso universidad**

	<b>U</b>	<b>W</b>	<b>Z</b>	<b>Sig. asintót.</b>
<b>Acceso universidad</b>	521,000	6516,000	-4,422	,000
<b>SITUACIÓN LABORAL</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	<b>SUMA DE RANGOS</b>	
Trabaja	20	93,45	1869,00	
No trabaja	109	59,78	6516,00	

**Tabla 24: Situación laboral-Asertividad**

	<b>U</b>	<b>W</b>	<b>Z</b>	<b>Sig. asintót.</b>
<b>Asertividad</b>	932,000	6927,00	-2,220	,026
<b>SITUACIÓN LABORAL</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	<b>SUMA DE RANGOS</b>	
Trabaja	20	72,90	1458,00	
No trabaja	109	63,55	6927,00	

## ACCESO UNIVERSIDAD

**Tabla 25: Acceso Universidad-Edad**

	<b>Chi-Cuadrado</b>	<b>gl</b>	<b>Sig.asintót.</b>
<b>Edad</b>	16,621	2	,000
<b>ACCESO UNIVERSIDAD</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	
Selectividad	85	61,04	
Formación profesional	29	66,90	
Otros	15	83,80	

**Tabla 26: Acceso Universidad-Situación laboral**

	<b>Chi-Cuadrado</b>	<b>gl</b>	<b>Sig.asintót.</b>
<b>Situación Laboral</b>	20,200	2	,000
<b>ACCESO UNIVERSIDAD</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	
Selectividad	85	71,21	
Formación profesional	29	57,21	
Otros	15	44,90	

**Tabla 27: Acceso Universidad-Asertividad**

	<b>Chi-Cuadrado</b>	<b>gl.</b>	<b>Sig.asintót.</b>
<b>Asertividad</b>	6,375	2	,041
<b>ACCESO UNIVERSIDAD</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	
Selectividad	85	62,28	
Formación profesional	29	71,12	
Otros	15	68,60	

## **ALUMNO**

**Tabla 28: Alumno-Ha realizado cursos de HHSS**

	<b>Chi-Cuadrado</b>	<b>gl.</b>	<b>Sig.asintót.</b>
<b>Ha realizado cursos de HHSS</b>	34,481	2	,000
<b>ALUMNO</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	
Primer curso	54	76,61	
Segundo curso	26	74,04	
Tercero curso	49	47,41	

## HA REALIZADO CURSOS DE HHSS

Tabla 29: Ha realizado cursos de HHSS-Alumno

	U	W	Z	Sig. asintót.
<b>Alumno</b>	524,000	5675,000	-5,471	,000
<b>HA REALIZADO CURSOS DE HHSS</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	<b>SUMA DE RANGOS</b>	
Sí	28	96,79	2710,00	
No	101	56,19	5675,00	

## ASERTIVIDAD

Tabla 30: Asertividad-Situación laboral

	U	W	Z	Sig. asintót.
<b>Situación laboral</b>	437,000	492,000	-2,220	,026
<b>ASERTIVIDAD</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	<b>SUMA DE RANGOS</b>	
Asertivo	119	66,33	7893,00	
Agresivo	10	49,20	492,00	

Tabla 31: Asertividad-Acceso Universidad

	U	W	Z	Sig. asintót.
<b>Acceso Universidad</b>	372,000	7512,000	-2,346	,019
<b>ASERTIVIDAD</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	<b>SUMA DE RANGOS</b>	
Asertivo	119	63,13	7512,00	
Agresivo	10	87,30	873,00	

**Tabla 32: Asertividad-Ansiedad/Estado**

	U	W	Z	Sig. asintót.
<b>Ansiedad/Estado</b>	293,500	7433,500	-2,827	<b>,005</b>
<b>ASERTIVIDAD</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	<b>SUMA DE RANGOS</b>	
Asertivo	119	62,47	7433,50	
Agresivo	10	95,15	951,50	

**Tabla 33: Asertividad-Ansiedad/Rasgo**

	U	W	Z	Sig. asintót.
<b>Ansiedad/Rasgo</b>	324,500	7464,500	-2,541	<b>,011</b>
<b>ASERTIVIDAD</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	<b>SUMA DE RANGOS</b>	
Asertivo	119	62,73	7464,50	
Agresivo	10	92,05	920,50	

## DEPRESIÓN

**Tabla 34: Depresión-Ansiedad/Estado**

	Chi-Cuadrado	gl	Sig. asintót.
<b>Ansiedad/Estado</b>	30,859	2	<b>,000</b>
<b>DEPRESIÓN</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	
Mínima	96	54,94	
Leve	20	95,15	
Moderada	13	92,92	

**Tabla 35: Depresión-Ansiedad/Rasgo**

	<b>Chi-Cuadrado</b>	<b>gl</b>	<b>Sig. asintót.</b>
<b>Ansiedad/Rasgo</b>	40,415	2	,000
<b>DEPRESIÓN</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	
Mínima	96	53,84	
Leve	20	90,20	
Moderada	13	108,65	

**Ansiedad/Estado**

**Tabla 36: Ansiedad/Estado-Asertividad**

	<b>Chi-Cuadrado</b>	<b>gl</b>	<b>Sig. asintót.</b>
<b>Asertividad</b>	9,724	2	,008
<b>ANSIEDAD/ESTADO</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	
Baja	51	61,26	
Moderada	42	63,07	
Alta	36	72,54	

**Tabla 37: Ansiedad/Estado-Depresión**

	<b>Chi-Cuadrado</b>	<b>gl</b>	<b>Sig. asintót.</b>
<b>Depresión</b>	33,558	2	,000
<b>ANSIEDAD/ESTADO</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	
Baja	51	52,24	
Moderada	42	61,12	
Alta	36	87,61	

Tabla 38: Ansiedad/Estado-Ansiedad/Rasgo

	Chi-Cuadrado	gl	Sig. asintót.
<b>Ansiedad/Rasgo</b>	58,773	2	,000
<b>ANSIEDAD/ESTADO</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	
Baja	51	37,84	
Moderada	42	72,44	
Alta	36	94,79	

**Ansiedad/Rasgo**

Tabla 39: Ansiedad/Rasgo-Alumno

	Chi-Cuadrado	gl	Sig. asintót.
<b>Alumno</b>	8,871	2	,012
<b>ANSIEDAD/RASGO</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	
Baja	55	57,32	
Moderada	38	78,75	
Alta	36	62,22	

Tabla 40: Ansiedad/Rasgo-Asertividad

	Chi-Cuadrado	gl	Sig. asintót.
<b>Asertividad</b>	6,658	2	,0036
<b>ANSIEDAD/RASGO</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	
Baja	55	61,17	
Moderada	38	65,09	
Alta	36	70,75	

**Tabla 41: Ansiedad/Rasgo-Depresión**

	<b>Chi-Cuadrado</b>	<b>gl</b>	<b>Sig. asintót.</b>
<b>Depresión</b>	44,660	2	,000
<b>ANSIEDAD/RASGO</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	
Baja	55	50,61	
Moderada	38	61,14	
Alta	36	91,06	

**Tabla 42: Ansiedad/Rasgo-Ansiedad/Estado**

	<b>Chi-Cuadrado</b>	<b>gl</b>	<b>Sig. asintót.</b>
<b>Ansiedad/Estado</b>	59,352	2	,000
<b>ANSIEDAD/RASGO</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	
Baja	55	38,55	
Moderada	38	75,86	
Alta	36	93,96	



#### 5.1.2.4.-ANOVA PARA LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y PSICOLÓGICAS

**TABLA 43: FACTOR EDAD**

Variable significativa para el factor Edad

	EDAD	N	MEDIA	D.T.	F	Sig. asintót
SEXO	Hasta 25 años	115	1,77	,42	11,798	,001
	Entre 26 y 50 años	14	1,35	,49		
	Total	129	1,72	,44		

**TABLA 44: FACTOR SITUACIÓN LABORAL**

Variable significativa para el factor Situación Laboral

	SITUACIÓN LABORAL	N	MEDIA	D.T.	F	Sig. asintót
ACCESO UNIVERSIDAD	Trabaja	20	2,10	,78	23,764	,000
	No trabaja	109	1,33	,61		
	Total	129	1,45	,69		

**TABLA 45: FACTOR ACCESO UNIVERSIDAD**

Variable significativa para el factor Acceso Universidad

	ACCESO UNIVERSIDAD	N	MEDIA	D.T.	F	Sig. asintót
ANSIEDAD/ESTADO	Selectividad	85	20,85	11,69	4,620	,012
	F. Profesional	29	26,24	12,57		
	Otros	15	15,33	9,36		
	Total	105	21,42	11,98		

**TABLA 46: FACTOR ASERTIVIDAD**

Variables significativas para el factor Asertividad

	ASERTIVIDAD	N	MEDIA	D.T.	F	Sig. asintót
<b>ACCESO UNIVERSIDAD</b>	Asertivo	119	1,42	,68	4,504	<b>,036</b>
	Agresivo	10	1,90	,73		
	Total	129	1,45	,69		
<b>ANSIEDAD/ESTADO</b>	Asertivo	119	20,51	11,58	9,513	<b>,003</b>
	Agresivo	10	32,30	11,87		
	Total	129	21,42	11,98		
<b>ANSIEDAD/RASGO</b>	Asertivo	119	21,58	10,51	4,924	<b>,028</b>
	Agresivo	10	29,20	9,02		
	Total	129	22,17	10,57		

**TABLA 47: FACTOR DEPRESIÓN**

Variable significativa para el factor Depresión

	DEPRESIÓN	N	MEDIA	D.T.	F	Sig. asintót
<b>ANSIEDAD/RASGO</b>	Mínima	96	18,35	7,96	51,308	<b>,000</b>
	Leve	20	29,00	8,22		
	Moderada	13	39,92	6,96		
	Total	129	22,17	10,57		

**TABLA 48: FACTOR ANSIEDAD/ESTADO**

Variable significativa para el factor Ansiedad-Estado

	<b>ANSIEDAD/ESTADO</b>	<b>N</b>	<b>MEDIA</b>	<b>D.T.</b>	<b>F</b>	<b>Sig. Asintót</b>
<b>ANSIEDAD/RASGO</b>	Baja	51	14,43	6,85	50,009	<b>,000</b>
	Moderada	42	23,50	8,56		
	Alta	36	31,61	8,65		
	Total	129	22,17	10,57		

**TABLA 49: FACTOR ANSIEDAD/RASGO**

Variables significativas para el factor Ansiedad-Rasgo

	<b>ANSIEDAD/RASGO</b>	<b>N</b>	<b>MEDIA</b>	<b>D.T.</b>	<b>F</b>	<b>Sig. asintót</b>
<b>ALUMNO</b>	Baja	55	1,76	,88	4,683	<b>,011</b>
	Moderada	38	2,31	,84		
	Alta	36	1,88	,88		
	Total	129	1,96	,89		
<b>ASERTIVIDAD</b>	Baja	55	3,96	10,91	5,028	<b>,008</b>
	Moderada	38	8,31	13,40		
	Alta	36	12,38	13,76		
	Total	129	7,59	12,89		

### 5.1.2.5.-COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE SPEARMAN ENTRE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y PSICOLÓGICAS.

**TABLA 50: COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE SPEARMAN**

Correlaciones globales: Variables Sociodemográficas y Psicológicas

Variables sociodemográficas.	Sexo	Edad	Situación Laboral	Acceso Universid.	Alumno	Cree que tiene HHSS	Ha realizado cursos HHSS	Cursos HHSS en Posgrado
<b>Sexo</b>	1,000							
<b>Edad</b>	-,292**	1,000						
<b>Situación Laboral</b>	,124	-,196*	1,000					
<b>Acceso Universidad</b>	-,058	,315**	-,391**	1,000				
<b>Alumno</b>	,072	,097	-,091	-,068	1,000			
<b>Cree que tiene HHSS</b>	-,072	-,136	,104	-,091	-,113	1,000		
<b>Ha realizado cursos HHSS</b>	-,068	-,119	,086	-,107	-,484**	,150	1,000	
<b>Cursos HHSS en Posgrado</b>	-,143	-,034	-,070	-,048	,045	,022	,051	1,000
<b>Depresión</b>	-,003	,004	-,134	-,033	,028	,133	,050	,066
<b>Asertividad</b>	,164	-,063	-,030	-,084	-,024	,087	,058	-,091
<b>Ansiedad/Estado</b>	,133	-,065	-,072	,014	,086	,074	,110	,020
<b>Ansiedad/Rasgo</b>	-,175*	-,130	-,037	-,040	,105	,065	,101	,024

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

## **5.2. RESULTADOS DE LA MUESTRA DE PROFESIONALES**

---

### **5.2.1.-GUÍA**

En las siguientes páginas expondremos mediante TABLAS los resultados obtenidos tras la corrección de los Cuestionarios y Escalas en toda la muestra (“Total”) y en los diversos subgrupos muestrales una vez efectuados también los pertinentes análisis estadísticos antes descritos.

### **5.2.2.-TABLAS.**

Se representan en tablas los siguientes datos:

**5.2.2.1.-** Resultados globales de los Rasgos Sociodemográficos y Psicosociales de la Muestra Total (“Profesionales”) y su reparto en frecuencias absolutas y relativas en los diversos subgrupos muestrales (Tabla 51).

**5.2.2.2.-** Resultados según los diversos subgrupos muestrales en las diversas alternativas Sociodemográficas y Psicosociales según los “datos de cabecera”, tanto en valores absolutos cómo en relativos (Tablas 52 a 72).

**5.2.2.3.-** Resultados de pruebas no paramétricas. para las variables Sociodemográficas y Psicosociales (Tablas 73 a 126).

**5.2.2.4.-** Resultados de los Análisis de varianza de un factor ANOVA para las variables Sociodemográficas y Psicológicas (Tablas 127 a 140).

**5.2.2.5.-** Coeficiente de correlación de Spearman entre variables Sociodemográficas y Psicológicas (Tabla 141).

## 5.2.2.1.-RESULTADOS GLOBALES EN LA MUESTRA TOTAL:“PROFESIONALES”

TABLA 51

VARIABLES		N	%	TOTAL
SEXO	Varón	39	37,1	105
	Mujer	66	62,9	
EDAD	Entre 26 y 50 años	93	88,6	105
	Más de 50 años	12	11,4	
ESTADO CIVIL	Vive en pareja	69	65,7	105
	No vive en pareja	36	34,3	
NUMERO DE HIJOS	Ninguno	38	36,2	105
	Uno	34	32,4	
	Dos o más	33	31,4	
EXPERIENCIA LABORAL	De 3 a 10 años	41	39	105
	Más de 10 años	64	61	
CENTRO DE TRABAJO	Atención Primaria	37	35,2	105
	Atención Especializada	68	64,8	
SITUACIÓN ADMINISTRATIVA	Fijo	43	41	105
	Interino	27	25,7	
	Eventual	35	33,3	
TURNO	Mañana	64	61	105
	Tarde	14	13,3	
	Mañana y tarde	27	25,7	
CREE QUE TIENE HHSS	Sí	87	82,9	105
	No	18	17,1	
HA REALIZADO CURSOS SOBRE HHSS	Sí	34	32,4	105
	No	71	67,6	
CURSOS HHSS EN POSGRADO	Sí	91	86,7	105
	No	14	13,3	
ASERTIVIDAD	Pasivo	0	0	105
	Asertivo	92	87,6	
	Agresivo	13	12,4	
DEPRESIÓN	Mínima	85	81	105
	Leve	15	14,3	
	Moderada	5	4,8	
	Grave	0	0	
ANSIEDAD/ESTADO	Baja	52	49,5	105
	Moderada	34	32,4	
	Alta	19	18,1	
ANSIEDAD/RASGO	Baja	53	50,5	105
	Moderada	33	31,4	
	Alta	19	18,1	
ESTRÉS LABORAL	Baio	64	61	105
	Medio	31	29,5	
	Alto	10	9,5	
		$\bar{X}$	$\sigma X$	
ASERTIVIDAD		7,45	16,65	105
DEPRESIÓN		6,25	5,34	105
ANSIEDAD/ESTADO		17,87	9,54	105
ANSIEDAD/RASGO		18,84	9,62	105
ESTRÉS LABORAL		39,45	21,34	105

## 5.2.2.2.-RESULTADOS GLOBALES EN LA MUESTRA DE PROFESIONALES:“SUBGRUPOS”

TABLA 52: SEXO

		VARÓN		MUJER		Total	Estad.
		N	%	N	%		
<b>TODOS</b>		39	37%	66	62,9	105	
<b>EDAD</b>	Entre 26 y 50 años	27	69,2	66	100	93	$\chi^2=22,98$ $p=0,000$ (*) E. Fisher
	Más de 50 años	12	30,8	0	0	12	
<b>ESTADO CIVIL</b>	Vive en pareja	28	71,8	41	62,1	69	$\chi^2=1,018$ $p=0,313$
	No vive en pareja	11	28,2	25	37,9	36	
<b>NÚMERO DE HIJOS</b>	Ninguno	14	35,9	24	36,4	38	$\chi^2=0,123$ $p=0,940$
	Uno	12	30,8	22	33,3	34	
	Dos o más	13	33,3	20	30,3	33	
<b>EXPERIENCIA LABORAL</b>	De 3 a 10 años	12	30,8	29	43,9	41	$\chi^2=1,787$ $p=0,181$
	Más de 10 años	27	69,2	37	56,1	64	
<b>CENTRO DE TRABAJO</b>	Atención Primaria	12	30,8	25	37,9	37	$\chi^2=0,543$ $p=0,461$
	Atención Especializada	27	69,2	41	62,1	68	
<b>SITUACIÓN ADMINISTRATIVA</b>	Fijo	24	61,5	19	28,8	42	$\chi^2=12,585$ $p=0,002$ (*)
	Interino	9	23,1	18	27,3	27	
	Eventual	6	15,4	29	43,9	36	
<b>TURNO</b>	Mañana	29	74,4	35	53	64	$\chi^2=7,394$ $p=0,025$ (*)
	Tarde	1	2,6	13	19,7	14	
	Mañana y tarde	9	23,1	18	27,3	27	
<b>CREE QUE TIENE HHSS</b>	Sí	34	87,2	53	80,3	87	$\chi^2=0,816$ $p=0,366$
	No	5	12,8	13	19,7	18	
<b>HA REALIZADO CURSOS HHSS</b>	Sí	15	38,5	19	28,8	34	$\chi^2=1,048$ $p=0,306$
	No	24	61,5	47	71,2	71	
<b>CURSOS DE HHSS EN POSGRADO</b>	Sí	33	84,6	58	87,9	91	$\chi^2=0,226$ $p=0,635$
	No	6	15,4	8	12,1	14	
<b>ASERTIVIDAD</b>	Pasivo	0	0	0	0	0	$\chi^2=0,011$ $p=1,000$ E. Fisher
	Asertivo	34	87,2	58	87,9	92	
	Agresivo	5	12,8	8	12,1	13	
<b>DEPRESIÓN</b>	Mínima	30	76,9	55	83,3	85	$\chi^2=2,438$ $p=0,296$
	Leve	8	20,5	7	10,6	15	
	Moderada	1	2,6	4	6,1	5	
	Grave	0	0	0	0	0	
<b>ANSIEDAD/ESTADO</b>	Baja	18	46,2	34	51,5	52	$\chi^2=7,309$ $p=0,026$ (*)
	Moderada	9	23,1	25	37,9	34	
	Alta	12	30,8	7	10,6	19	
<b>ANSIEDAD/RASGO</b>	Baja	18	46,2	35	53	53	$\chi^2=2,387$ $p=0,303$
	Moderada	11	28,2	22	33,3	33	
	Alta	10	25,6	9	13,6	19	
<b>ESTRÉS LABORAL</b>	Bajo	24	61,5	40	60,6	64	$\chi^2=0,255$ $p=0,880$
	Medio	12	30,8	19	28,8	31	
	Alto	3	7,7	7	10,6	10	

(\*): Estadístico significativo al n.c. del 95%

TABLA 53: EDAD

		ENTRE 26-50 AÑOS		MÁS DE 50 AÑOS		Total	Estad.
		N	%	N	%		
TODOS		89	84,8	12	11,4	105	
SEXO	Varón	27	29	12	100	39	$\chi^2=22,928$ p=0,000 E. Fisher
	Mujer	66	71	0	0	66	
ESTADO CIVIL	Vive en pareja	58	62,4	11	91,7	36	$\chi^2=4,050$ p=0,054 E. Fisher
	No vive en pareja	35	37,6	1	8,3	69	
NÚMERO DE HIJOS	Ninguno	37	39,8	1	8,3	38	$\chi^2=8,486$ p=0,014
	Uno	31	33,3	3	25	34	
	Dos o más	25	26,9	8	66,7	33	
EXPERIENCIA LABORAL	De 3 a 10 años	41	44,1	0	0	41	$\chi^2=8,679$ p=0,003 (*) E. Fisher
	Más de 10 años	52	55,9	12	100	64	
CENTRO DE TRABAJO	Atención Primaria	37	39,8	0	0	37	$\chi^2=7,372$ p=0,007 (*) E. Fisher
	Atención Especializada	56	60,2	12	100	68	
SITUACIÓN ADMINISTRATIVA	Fijo	31	33,3	12	100	43	$\chi^2=19,535$ p=0,000
	Interino	27	29	0	0	27	
	Eventual	35	37,6	0	0	35	
TURNO	Mañana	54	58,1	10	83,3	64	$\chi^2=3,351$ p=0,187
	Tarde	14	15,1	0	0	14	
	Mañana y tarde	25	26,9	2	16,7	27	
CREE QUE TIENE HHSS	Sí	77	82,8	10	83,3	87	$\chi^2=0,002$ p=1,000 E. Fisher
	No	16	17,2	2	16,7	18	
HA REALIZADO CURSOS HHSS	Sí	30	32,3	4	33,3	34	$\chi^2=0,006$ p=1,000 E. Fisher
	No	63	67,7	8	66,7	71	
CURSOS DE HHSS EN POSGRADO	Sí	81	87,1	10	83,3	91	$\chi^2=0,130$ p=0,661 E. Fisher
	No	12	12,9	2	16,7	14	
ASERTIVIDAD	Pasivo	0	0	0	0	0	$\chi^2=0,229$ p=0,642 E. Fisher
	Asertivo	82	88,2	10	83,3	92	
	Agresivo	11	11,8	2	16,7	13	
DEPRESIÓN	Mínima	75	80,6	10	83,3	85	$\chi^2=0,708$ p=0,702
	Leve	13	14	2	16,7	15	
	Moderada	5	5,4	0	0	5	
	Grave	0	0	0	0	0	
ANSIEDAD/ESTADO	Baja	46	49,5	6	50	52	$\chi^2=0,586$ p=0,746
	Moderada	31	33,3	3	25	34	
	Alta	16	17,2	3	25	19	
ANSIEDAD/RASGO	Baja	48	51,6	5	41,7	53	$\chi^2=0,675$ p=0,713
	Moderada	28	30,1	5	41,7	33	
	Alta	17	18,3	2	16,7	19	
ESTRÉS LABORAL	Bajo	57	61,3	7	58,3	64	$\chi^2=0,102$ p=0,950
	Medio	27	29	4	33,3	31	
	Alto	9	9,7	1	8,3	10	

(\*): Estadístico significativo al n.c. del 95%



TABLA 54: ESTADO CIVIL

		Vive en pareja		No vive en pareja		Total	Estad.
		N	%	N	%		
TODOS		69	65,7	36	34,3	105	
SEXO	Varón	28	40,6	11	30,6	39	$\chi^2=1,018$ p=0,313
	Mujer	41	59,4	25	69,4	66	
EDAD	Entre 26 y 50 años	58	84,1	35	97,2	93	$\chi^2=4,050$ p=0,054 E. Fisher
	Más de 50 años	11	15,9	1	2,8	12	
NÚMERO DE HIJOS	Ninguno	11	15,9	27	75	38	$\chi^2=38,854$ p=0,000 (*)
	Uno	26	37,7	8	22,2	34	
	Dos o más	32	46,4	1	2,8	33	
EXPERIENCIA LABORAL	De 3 a 10 años	17	24,6	24	66,7	41	$\chi^2=17,558$ p=0,000 (*)
	Más de 10 años	52	75,4	12	33,3	64	
CENTRO DE TRABAJO	Atención Primaria	23	33,3	14	38,9	37	$\chi^2=0,320$ p=0,572
	Atención Especializada	46	66,7	22	61,1	68	
SITUACIÓN ADMINISTRATIVA	Fijo	33	47,8	10	27,8	43	$\chi^2=4,442$ p=0,109
	Interino	17	24,6	10	27,8	27	
	Eventual	19	27,5	16	44,4	35	
TURNO	Mañana	45	65,2	19	52,8	64	$\chi^2=3,106$ p=0,212
	Tarde	10	14,5	4	11,1	14	
	Mañana y tarde	14	20,3	13	36,1	27	
CREE QUE TIENE HHSS	Sí	59	85,5	28	77,8	87	$\chi^2=0,995$ p=0,319
	No	10	14,5	8	22,2	18	
HA REALIZADO CURSOS HHSS	Sí	22	31,9	12	33,3	34	$\chi^2=0,023$ p=0,880
	No	47	68,1	24	66,7	71	
CURSOS DE HHSS EN POSGRADO	Sí	59	85,5	32	88,9	91	$\chi^2=0,234$ p=0,767 E. Fisher
	No	10	14,5	4	11,1	14	
ASERTIVIDAD	Pasivo	0	0	0	0	0	$\chi^2=0,081$ p=1,000
	Asertivo	60	87	32	88,9	92	
	Agresivo	9	13	4	11,1	13	
DEPRESIÓN	Mínima	55	79,7	30	83,3	85	$\chi^2=0,497$ p=0,780
	Leve	11	15,9	4	11,1	15	
	Moderada	3	4,3	2	5,6	5	
	Grave	0	0	0	0	0	
ANSIEDAD/ESTADO	Baja	36	52,2	16	44,4	52	$\chi^2=0,576$ p=0,750
	Moderada	21	30,4	13	36,1	34	
	Alta	12	17,4	7	19,4	19	
ANSIEDAD/RASGO	Baja	38	55,1	15	41,7	53	$\chi^2=1,740$ p=0,419
	Moderada	20	29	13	36,1	33	
	Alta	11	15,9	8	22,2	19	
ESTRÉS LABORAL	Bajo	41	59,4	23	63,9	64	$\chi^2=0,602$ p=0,740
	Medio	22	31,9	9	25	31	
	Alto	6	8,7	4	11,1	10	

(\*): Estadístico significativo al n.c. del 95%

TABLA 55: NÚMERO DE HIJOS

		Ninguno		Uno		Dos o más		Total	Estad.
		N	%	N	%	N	%		
<b>TODOS</b>		38	36,2	34	32,4	33	31,4	105	
<b>SEXO</b>	Varón	14	36,8	12	35,3	13	39,4	39	$\chi^2=0,123$ p=0,940
	Mujer	24	63,2	22	64,7	20	60,6	66	
<b>EDAD</b>	Entre 26 y 50 años	37	97,4	31	91,2	25	75,8	93	$\chi^2=8,486$ p=0,014
	Más de 50 años	1	2,6	3	8,8	8	24,2	12	
<b>ESTADO CIVIL</b>	Vive en pareja	11	28,9	26	76,5	32	97	69	$\chi^2=38,854$ p=0,000 (*)
	No vive en pareja	27	71,1	8	23,5	1	3	36	
<b>EXPERIENCIA LABORAL</b>	De 3 a 10 años	26	68,4	9	26,5	6	18,2	41	$\chi^2=22,072$ p=0,000 (*)
	Más de 10 años	12	31,6	25	73,5	27	81,8	64	
<b>CENTRO DE TRABAJO</b>	Atención Primaria	16	42,1	13	38,2	8	24,2	37	$\chi^2=2,667$ p=0,263
	Atención Especializada	22	57,9	21	61,8	25	75,8	68	
<b>SITUACIÓN ADMINISTRATIVA</b>	Fijo	7	18,4	15	44,1	21	63,6	43	$\chi^2=16,172$ p=0,003 (*)
	Interino	13	34,2	7	20,6	7	21,2	27	
	Eventual	18	47,4	12	35,3	5	15,2	35	
<b>TURNO</b>	Mañana	21	55,3	19	55,9	24	72,7	64	$\chi^2=10,304$ p=0,036
	Tarde	4	10,5	9	26,5	1	3	14	
	Mañana y tarde	13	34,2	6	17,6	8	24,2	27	
<b>CREE QUE TIENE HHSS</b>	Sí	33	86,8	25	73,5	29	87,9	87	$\chi^2=3,093$ p=0,213
	No	5	13,2	9	26,5	4	12,1	18	
<b>HA REALIZADO CURSOS HHSS</b>	Sí	11	28,9	9	26,5	14	42,4	34	$\chi^2=2,267$ p=0,322
	No	27	71,1	25	73,5	19	57,6	71	
<b>CURSOS DE HHSS EN POSGRADO</b>	Sí	34	89,5	32	94,1	25	75,8	91	$\chi^2=5,291$ p=0,071
	No	4	10,5	2	5,9	8	24,2	14	
<b>ASERTIVIDAD</b>	Pasivo	0	0	0	0	0	0	0	$\chi^2=1,576$ p=0,455
	Asertivo	35	92,1	28	82,4	29	87,9	92	
	Agresivo	3	7,9	6	17,6	4	12,1	13	
<b>DEPRESIÓN</b>	Mínima	33	86,8	24	70,6	28	84,8	85	$\chi^2=5,383$ p=0,250
	Leve	5	13,2	7	20,6	3	9,1	15	
	Moderada	0	0	3	8,8	2	6,1	5	
	Grave	0	0	0	0	0	0	0	
<b>ANSIEDAD/ESTADO</b>	Baja	19	50	13	38,2	20	60,6	52	$\chi^2=6,762$ p=0,149
	Moderada	12	31,6	11	32,4	11	33,3	34	
	Alta	7	18,4	10	29,4	2	6,1	19	
<b>ANSIEDAD/RASGO</b>	Baja	20	52,6	13	38,2	20	60,6	53	$\chi^2=5,733$ p=0,220
	Moderada	9	23,7	14	41,2	10	30,3	33	
	Alta	9	23,7	7	20,6	3	9,1	19	
<b>ESTRÉS LABORAL</b>	Baio	24	63,2	20	58,8	20	60,6	64	$\chi^2=0,352$ p=0,986
	Moderado	10	26,3	11	32,4	10	30,3	31	
	Alto	4	10,5	3	8,8	3	9,1	10	

(\*): Estadístico significativo al n.c. del 95%

TABLA 56: EXPERIENCIA LABORAL

		De 3 a 10 años		Más de 10 años		Total	Estad.
		N	%	N	%		
TODOS		41	39	64	61	105	
SEXO	Varón	12	29,3	27	42,2	39	$\chi^2=1,787$ p=0,181
	Mujer	29	70,7	37	57,8	69	
EDAD	Entre 26 y 50 años	41	100	52	81,3	93	$\chi^2=8,679$ p=0,003 (*) E. Fisher
	Más de 50 años	0	0	12	18,8	12	
ESTADO CIVIL	Vive en pareja	17	41,5	52	81,3	69	$\chi^2=17,558$ p=0,000 (*)
	No vive en pareja	24	58,5	12	18,8	36	
NÚMERO DE HIJOS	Ninguno	26	63,4	12	18,8	38	$\chi^2=22,072$ p=0,000 (*)
	Uno	9	22	25	39,1	34	
	Dos o más	6	14,6	27	42,2	33	
CENTRO DE TRABAJO	Atención Primaria	16	39	21	32,8	37	$\chi^2=0,423$ p=0,516
	Atención Especializada	25	61	43	67,2	68	
SITUACIÓN ADMINISTRATIVA	Fijo	5	12,2	38	59,4	43	$\chi^2=23,780$ p=0,000 (*)
	Interino	14	34,1	13	20,3	27	
	Eventual	22	53,7	13	20,3	35	
TURNO	Mañana	19	46,3	45	70,3	64	$\chi^2=6,142$ p=0,046 (*)
	Tarde	8	19,5	6	9,4	14	
	Mañana y tarde	14	34,1	13	20,3	27	
CREE QUE TIENE HHSS	Sí	32	78	55	85,9	87	$\chi^2=1,095$ p=0,295
	No	9	22	9	14,1	18	
HA REALIZADO CURSOS HHSS	Sí	14	34,1	20	31,3	34	$\chi^2=0,096$ p=0,757
	No	27	65,9	44	68,8	71	
CURSOS DE HHSS EN POSGRADO	Sí	33	80,5	58	90,6	91	$\chi^2=2,222$ p=0,136
	No	8	19,5	6	9,4	14	
ASERTIVIDAD	Pasivo	0	0	0	0	0	$\chi^2=0,427$ p=0,513
	Asertivo	37	90,2	55	85,9	92	
	Agresivo	4	9,8	9	14,1	13	
DEPRESIÓN	Mínima	34	82,9	51	79,7	85	$\chi^2=0,240$ p=0,887
	Leve	5	12,2	10	15,6	15	
	Moderada	2	4,9	3	4,7	5	
	Grave	0	0	0	0	0	
ANSIEDAD/ESTADO	Baja	21	51,2	31	48,4	52	$\chi^2=0,315$ p=0,854
	Moderada	12	29,3	22	34,4	34	
	Alta	8	19,5	11	17,2	19	
ANSIEDAD/RASGO	Baja	23	56,1	30	46,9	53	$\chi^2=0,966$ p=0,617
	Moderada	12	29,3	21	32,8	33	
	Alta	6	14,6	13	20,3	19	
ESTRÉS LABORAL	Bajo	23	56,1	41	64,1	64	$\chi^2=3,841$ p=0,147
	Medio	16	39	15	23,4	31	
	Alto	2	4,9	8	12,5	10	

(\*): Estadístico significativo al n.c. del 95%

TABLA 57: CENTRO DE TRABAJO

		Atención Primaria		Atención Especializada		Total	Estad.
		N	%	N	%		
<b>TODOS</b>		37	35,2	68	64,8	105	
<b>SEXO</b>	Varón	12	32,4	27	39,7	39	$\chi^2=0,543$ $p=0,461$
	Mujer	25	67,6	41	60,3	66	
<b>EDAD</b>	Entre 26 y 50 años	37	100	56	82,4	93	$\chi^2=7,372$ $p=0,007$ (*) E. Fisher
	Más de 50 años	0	0	12	17,6	12	
<b>ESTADO CIVIL</b>	Vive en pareja	23	62,2	46	67,6	69	$\chi^2=0,320$ $p=0,572$
	No vive en pareja	14	37,8	22	32,4	36	
<b>NÚMERO DE HIJOS</b>	Ninguno	16	43,2	22	32,4	38	$\chi^2=2,667$ $p=0,263$
	Uno	13	35,1	21	30,9	34	
	Dos o más	8	21,6	25	36,8	33	
<b>EXPERIENCIA LABORAL</b>	De 3 a 10 años	16	43,2	25	36,8	41	$\chi^2=0,423$ $p=0,516$
	Más de 10 años	21	56,8	43	63,2	64	
<b>SITUACIÓN ADMINISTRATIVA</b>	Fijo	4	10,8	39	57,4	43	$\chi^2=27,625$ $p=0,000$ (*)
	Interino	19	51,4	8	11,8	27	
	Eventual	14	37,8	21	30,9	35	
<b>TURNO</b>	Mañana	20	54,1	44	64,7	64	$\chi^2=1,450$ $p=0,484$
	Tarde	5	13,5	9	13,2	14	
	Mañana y tarde	12	32,4	15	22,1	27	
<b>CREE QUE TIENE HHSS</b>	Sí	27	73	60	88,2	87	$\chi^2=3,930$ $p=0,047$ (*)
	No	10	27	8	11,8	18	
<b>HA REALIZADO CURSOS HHSS</b>	Sí	14	37,8	20	29,4	34	$\chi^2=0,777$ $p=0,378$
	No	23	62,2	48	70,6	71	
<b>CURSOS DE HHSS EN POSGRADO</b>	Sí	36	97,3	55	80,9	91	$\chi^2=5,587$ $p=0,018$ (*) E. Fisher
	No	1	2,7	13	19,1	14	
<b>ASERTIVIDAD</b>	Pasivo	0	0	0	0	0	$\chi^2=2,251$ $p=0,213$ E. Fisher
	Asertivo	30	81,1	62	91,2	92	
	Agresivo	7	18,9	6	8,8	13	
<b>DEPRESIÓN</b>	Mínima	29	78,4	56	82,4	85	$\chi^2=1,414$ $p=0,493$
	Leve	7	18,9	8	11,8	15	
	Moderada	1	2,7	4	5,9	5	
	Grave	0	0	0	0	0	
<b>ANSIEDAD/ESTADO</b>	Baja	17	45,9	35	51,5	52	$\chi^2=0,540$ $p=0,763$
	Moderada	12	32,4	22	32,4	34	
	Alta	8	21,6	11	16,2	19	
<b>ANSIEDAD/RASGO</b>	Baja	15	40,5	38	55,9	53	$\chi^2=2,592$ $p=0,274$
	Moderada	13	35,1	20	29,4	33	
	Alta	9	24,3	10	14,7	19	
<b>ESTRÉS LABORAL</b>	Bajo	22	59,5	42	61,8	64	$\chi^2=0,121$ $p=0,941$
	Medio	11	29,7	20	29,4	28	
	Alto	4	10,8	6	8,8	13	

(\*): Estadístico significativo al n.c. del 95%

TABLA 58: SITUACIÓN ADMINISTRATIVA

		Fijo		Interino		Eventual		Total	Estad.
		N	%	N	%	N	%		
<b>TODOS</b>		43	41	27	25,7	35	33,3	105	
<b>SEXO</b>	Varón	24	55,8	9	33,3	6	17,1	39	$\chi^2=12,585$ $p=0,002$ (*)
	Mujer	19	44,2	18	66,7	29	82,9	66	
<b>EDAD</b>	Entre 26 y 50 años	31	72,1	27	100	35	100	93	$\chi^2=19,535$ $p=0,000$
	Más de 50 años	12	27,9	0	0	0	0	12	
<b>ESTADO CIVIL</b>	Vive en pareja	33	76,7	17	63	19	54,3	69	$\chi^2= 4,442$ $p=0,109$
	No vive en pareja	10	23,3	10	37	16	45,7	36	
<b>NÚMERO DE HIJOS</b>	Ninguno	7	16,3	13	48,1	18	51,4	38	$\chi^2=16,172$ $p=0,003$ (*)
	Uno	15	34,9	7	25,9	12	34,3	34	
	Dos o más	21	48,8	7	25,9	5	14,3	33	
<b>EXPERIENCIA LABORAL</b>	De 3 a 10 años	5	11,6	14	51,9	22	62,9	41	$\chi^2=23,780$ $p=0,000$ (*)
	Más de 10 años	38	88,4	13	48,1	13	37,1	64	
<b>CENTRO DE TRABAJO</b>	Atención Primaria	4	9,3	19	70,4	14	40	37	$\chi^2=27,625$ $p=0,000$ (*)
	Atención Especializada	39	90,7	8	29,6	21	60	68	
<b>TURNO</b>	Mañana	33	76,7	15	55,6	16	45,7	64	$\chi^2=9,529$ $p=0,049$
	Tarde	2	4,7	4	14,8	8	22,9	14	
	Mañana y tarde	8	18,6	8	29,6	11	31,4	27	
<b>CREE QUE TIENE HHSS</b>	Sí	37	86	22	81,5	28	80	87	$\chi^2= 0,545$ $p=0,761$
	No	6	14	5	18,5	7	20	18	
<b>HA REALIZADO CURSOS HHSS</b>	Sí	12	27,9	15	55,6	7	20	34	$\chi^2= 9,466$ $p=0,009$ (*)
	No	31	72,1	12	44,4	28	80	71	
<b>CURSOS DE HHSS EN POSGRADO</b>	Sí	36	83,7	25	92,6	30	85,7	91	$\chi^2= 1,171$ $p=0,557$
	No	7	16,3	2	7,4	5	14,3	14	
<b>ASERTIVIDAD</b>	Pasivo	0	0	0	0	0	0	0	$\chi^2=1,428$ $p=0,490$
	Asertivo	38	88,4	22	81,5	32	91,4	92	
	Agresivo	5	11,6	5	18,5	3	8,6	13	
<b>DEPRESIÓN</b>	Mínima	36	83,7	21	77,8	28	80	85	$\chi^2=0,761$ $p=0,944$
	Leve	5	11,6	5	18,5	5	14,3	15	
	Moderada	2	4,7	1	3,7	2	5,7	5	
	Grave	0	0	0	0	0	0	0	
<b>ANSIEDAD/ESTADO</b>	Baja	20	46,5	17	63	15	42,9	52	$\chi^2=4,548$ $p=0,337$
	Moderada	17	39,5	5	18,5	12	34,3	34	
	Alta	6	14	5	18,5	8	22,9	19	
<b>ANSIEDAD/RASGO</b>	Baja	24	55,8	15	55,6	14	40	53	$\chi^2=3,938$ $p=0,415$
	Moderada	14	32,6	6	22,2	13	37,1	33	
	Alta	5	11,6	6	22,2	8	22,9	19	
<b>ESTRÉS LABORAL</b>	Baño	30	69,8	15	55,6	19	54,3	64	$\chi^2=8,163$ $p=0,086$
	Medio	9	20,9	7	25,9	15	42,9	31	
	Alto	4	9,3	5	18,5	1	2,9	10	

(\*): Estadístico significativo al n.c. del 95%

TABLA 59: TURNO

		Mañana		Tarde		Mañana y tarde		Total	Estad.
		N	%	N	%	N	%		
<b>TODOS</b>		64	61	14	13,3	27	25,7	105	
<b>SEXO</b>	Varón	29	45,3	1	7,1	9	33,3	39	$\chi^2=7,394$ $p=0,025$ (*)
	Mujer	35	54,7	13	92,9	18	66,7	66	
<b>EDAD</b>	Entre 26 y 50 años	54	84,4	14	100	25	92,6	93	$\chi^2=3,351$ $p=0,187$
	Más de 50 años	10	15,6	0	0	2	7,4	12	
<b>ESTADO CIVIL</b>	Vive en pareja	45	70,3	10	71,4	14	51,9	69	$\chi^2=3,106$ $p=0,212$
	No vive en pareja	19	29,7	4	28,6	13	48,1	36	
<b>NÚMERO DE HIJOS</b>	Ninguno	21	32,8	4	28,6	13	48,1	38	$\chi^2=10,304$ $p=0,036$
	Uno	19	29,7	9	64,3	6	22,2	34	
	Dos o más	24	37,5	1	7,1	8	29,6	33	
<b>EXPERIENCIA LABORAL</b>	De 3 a 10 años	19	29,7	8	57,1	14	51,9	41	$\chi^2=6,142$ $p=0,046$ (*)
	Más de 10 años	45	70,3	6	42,9	13	48,1	64	
<b>CENTRO DE TRABAJO</b>	Atención Primaria	20	31,3	5	35,7	12	44,4	37	$\chi^2=1,450$ $p=0,484$
	Atención Especializada	44	68,8	9	64,3	15	55,6	68	
<b>SITUACIÓN ADMINISTRATIVA</b>	Fijo	33	51,6	2	14,3	8	29,6	43	$\chi^2=9,529$ $p=0,049$
	Interino	15	23,4	4	28,6	8	29,6	27	
	Eventual	16	25	8	57,1	11	40,7	35	
<b>CREE QUE TIENE HHSS</b>	Sí	53	82,8	13	92,9	21	77,8	87	$\chi^2=1,476$ $p=0,478$
	No	11	17,2	1	7,1	6	22,2	18	
<b>HA REALIZADO CURSOS HHSS</b>	Sí	19	29,7	3	21,4	12	44,4	34	$\chi^2=2,774$ $p=0,250$
	No	45	70,3	11	78,6	15	55,6	71	
<b>CURSOS DE HHSS EN POSGRADO</b>	Sí	55	85,9	12	85,7	24	88,9	91	$\chi^2=0,156$ $p=0,925$
	No	9	14,1	2	14,3	3	11,1	14	
<b>ASERTIVIDAD</b>	Pasivo	0	0	0	0	0	0	0	$\chi^2=0,088$ $p=0,957$
	Asertivo	56	87,5	12	85,7	24	88,9	92	
	Agresivo	8	12,5	2	14,3	3	11,1	13	
<b>DEPRESIÓN</b>	Mínima	54	84,4	12	85,7	19	70,4	85	$\chi^2=4,299$ $p=0,367$
	Leve	8	12,5	2	14,3	5	18,5	15	
	Moderada	2	3,1	0	0	3	11,1	5	
	Grave	0	0	0	0	0	0	0	
<b>ANSIEDAD/ESTADO</b>	Baja	32	50	11	78,6	9	33,3	52	$\chi^2=8,476$ $p=0,076$
	Moderada	22	34,4	1	7,1	11	40,7	34	
	Alta	10	15,6	2	14,3	7	25,9	19	
<b>ANSIEDAD/RASGO</b>	Baja	32	50	10	71,4	11	40,7	53	$\chi^2=6,378$ $p=0,173$
	Moderada	21	32,8	4	28,6	8	29,6	33	
	Alta	11	17,2	0	0	8	29,6	19	
<b>ESTRÉS LABORAL</b>	Baño	40	62,5	9	64,3	15	55,6	64	$\chi^2=0,515$ $p=0,972$
	Medio	18	28,1	4	28,6	9	33,3	31	
	Alto	6	9,4	1	7,1	3	11,1	10	

(\*): Estadístico significativo al n.c. del 95%

TABLA 60: CREE QUE TIENE HHSS

		SÍ		NO		Total	Estad.
		N	%	N	%		
TODOS		87	82,9	18	17,1	105	
SEXO	Varón	34	39,1	5	27,8	39	$\chi^2=0,816$ $p=0,366$
	Mujer	53	60,9	13	72,2	66	
EDAD	Entre 26 y 50 años	77	88,5	16	88,9	93	$\chi^2=0,002$ $p=1,000$ E. Fisher
	Más de 50 años	10	11,5	2	11,1	12	
ESTADO CIVIL	Vive en pareja	59	67,8	10	55,6	69	$\chi^2=0,995$ $p=0,319$
	No vive en pareja	28	32,2	8	44,4	36	
NÚMERO DE HIJOS	Ninguno	33	37,9	5	27,8	38	$\chi^2=3,093$ $p=0,213$
	Uno	25	28,7	9	50	34	
	Dos o más	29	33,3	4	22,2	33	
EXPERIENCIA LABORAL	De 3 a 10 años	32	36,8	9	50	41	$\chi^2= 1,095$ $p=0,295$
	Más de 10 años	55	63,2	9	50	64	
CENTRO DE TRABAJO	Atención Primaria	27	31	10	55,6	37	$\chi^2= 3,930$ $p=0,047$ (*)
	Atención Especializada	60	69	8	44,4	68	
SITUACIÓN ADMINISTRATIVA	Fijo	37	42,5	6	33,3	43	$\chi^2=0,545$ $p=0,761$
	Interino	22	25,3	5	27,8	27	
	Eventual	28	32,2	7	38,9	35	
TURNO	Mañana	53	60,9	11	61,1	64	$\chi^2=1,476$ $p=0,478$
	Tarde	13	14,9	1	5,6	14	
	Mañana y tarde	21	24,1	6	33,3	27	
HA REALIZADO CURSOS HHSS	Sí	29	33,3	5	27,8	34	$\chi^2= 0,210$ $p=0,647$
	No	58	66,7	13	72,2	71	
CURSOS DE HHSS EN POSGRADO	Sí	75	86,2	16	88,9	91	$\chi^2=0,093$ $p=1,000$ E. Fisher
	No	12	13,8	2	11,1	14	
ASERTIVIDAD	Pasivo	0	0	0	0	0	$\chi^2=1,940$ $p=0,231$ E. Fisher
	Asertivo	78	89,7	14	77,8	92	
	Agresivo	9	10,3	4	22,2	13	
DEPRESIÓN	Mínima	75	86,2	10	55,6	85	$\chi^2=9,087$ $p=0,011$
	Leve	9	10,3	6	33,3	15	
	Moderada	3	3,4	2	11,1	5	
	Grave	0	0	0	0	0	
ANSIEDAD/ESTADO	Baja	45	51,7	7	38,9	52	$\chi^2=1,497$ $p=0,473$
	Moderada	26	29,9	8	44,4	34	
	Alta	16	18,4	3	16,7	19	
ANSIEDAD/RASGO	Baja	46	52,9	7	38,9	53	$\chi^2=1,773$ $p=0,412$
	Moderada	25	28,7	8	44,4	33	
	Alta	16	18,4	3	16,7	19	
ESTRÉS LABORAL	Baño	58	66,7	6	33,3	64	$\chi^2=6,968$ $p=0,031$ (*)
	Medio	22	25,3	9	50	31	
	Alto	7	8	3	16,7	10	

(\*): Estadístico significativo al n.c. del 95%

TABLA 61: HA REALIZADO CURSOS DE HHSS

		SÍ		NO		Total	Estad.
		N	%	N	%		
TODOS		34	32,4	71	67,6	105	
SEXO	Varón	15	44,1	24	33,8	39	$\chi^2=1,048$ p=0,306
	Mujer	19	55,9	47	66,2	66	
EDAD	Entre 26 y 50 años	30	88,2	63	88,7	93	$\chi^2=0,006$ p=1,000 E. Fisher
	Más de 50 años	4	11,8	8	11,3	12	
ESTADO CIVIL	Vive en pareja	22	64,7	47	66,2	69	$\chi^2=0,023$ p=0,0880
	No vive en pareja	12	35,3	24	33,8	36	
NÚMERO DE HIJOS	Ninguno	11	32,4	27	38	38	$\chi^2=2,267$ p=0,322
	Uno	9	26,5	25	35,2	34	
	Dos o más	14	41,2	19	26,8	33	
EXPERIENCIA LABORAL	De 3 a 10 años	14	41,2	27	38	41	$\chi^2=0,096$ p=0,757
	Más de 10 años	20	58,8	44	62	64	
CENTRO DE TRABAJO	Atención Primaria	14	41,2	23	32,4	37	$\chi^2=0,777$ p=0,378
	Atención Especializada	20	58,8	48	67,6	68	
SITUACIÓN ADMINISTRATIVA	Fijo	12	35,3	31	43,7	43	$\chi^2=9,466$ p=0,009 (*)
	Interino	15	44,1	12	16,9	27	
	Eventual	7	20,6	28	39,4	35	
TURNO	Mañana	19	55,9	45	63,4	64	$\chi^2=2,774$ p=0,250
	Tarde	3	8,8	11	15,5	14	
	Mañana y tarde	12	35,3	15	21,1	27	
CREE QUE TIENE HHSS	Sí	29	85,3	58	81,7	87	$\chi^2=0,210$ p=0,647
	No	5	14,7	13	18,3	18	
CURSOS DE HHSS EN POSGRADO	Sí	30	88,2	61	85,9	91	$\chi^2=0,107$ p=1,000 E. Fisher
	No	4	11,8	10	14,1	14	
ASERTIVIDAD	Pasivo	0	0	0	0	0	$\chi^2=1,285$ p=0,343 E. Fisher
	Asertivo	28	82,4	64	90,1	92	
	Agresivo	6	17,6	7	9,9	13	
DEPRESIÓN	Mínima	28	82,4	57	80,3	85	$\chi^2=7,676$ p=0,022
	Leve	2	5,9	13	18,3	15	
	Moderada	4	11,8	1	1,4	5	
	Grave	0	0	0	0	0	
ANSIEDAD/ESTADO	Baja	17	50	35	49,3	52	$\chi^2=0,453$ p=0,797
	Moderada	12	35,3	22	31	34	
	Alta	5	14,7	14	19,7	19	
ANSIEDAD/RASGO	Baja	22	64,7	31	43,7	53	$\chi^2=5,061$ p=0,080
	Moderada	6	17,6	27	38	33	
	Alta	6	17,6	13	18,3	19	
ESTRÉS LABORAL	Bajo	23	67,6	41	57,7	64	$\chi^2=1,008$ p=0,604
	Medio	8	23,5	23	32,4	31	
	Alto	3	8,8	7	9,9	10	

(\*): Estadístico significativo al n.c. del 95%



TABLA 62: CURSOS DE HHSS EN POSGRADO

		SÍ		NO		Total	Estad.
		N	%	N	%		
TODOS		91	86,7	14	13,3	105	
SEXO	Varón	33	36,3	6	42,9	39	$\chi^2=0,226$ p=0,635
	Mujer	58	63,7	8	57,1	66	
EDAD	Entre 26 y 50 años	81	89	12	85,7	93	$\chi^2=0,130$ p=0,661 E. Fisher
	Más de 50 años	10	11	2	14,3	12	
ESTADO CIVIL	Vive en pareja	59	64,8	10	71,4	69	$\chi^2=0,234$ p=0,767 E. Fisher
	No vive en pareja	32	35,2	4	28,6	36	
NÚMERO DE HIJOS	Ninguno	34	37,4	4	28,6	38	$\chi^2=5,291$ p=0,071
	Uno	32	35,2	2	14,3	34	
	Dos o más	25	27,5	8	57,1	33	
EXPERIENCIA LABORAL	De 3 a 10 años	33	36,3	8	57,1	41	$\chi^2= 2,222$ p=0,136
	Más de 10 años	58	63,7	6	42,9	64	
CENTRO DE TRABAJO	Atención Primaria	36	39,6	1	7,1	37	$\chi^2=5,587$ p=0,018 (*) E. Fisher
	Atención Especializada	55	60,4	13	92,9	68	
SITUACIÓN ADMINISTRATIVA	Fijo	36	39,6	7	50	43	$\chi^2=1,171$ p=0,557
	Interino	25	27,5	2	14,3	27	
	Eventual	30	33	5	35,7	35	
TURNO	Mañana	55	60,4	9	64,3	64	$\chi^2=0,156$ p=0,925
	Tarde	12	13,2	2	14,3	14	
	Mañana y tarde	24	26,4	3	21,4	27	
CREE QUE TIENE HHSS	Sí	75	82,4	12	85,7	87	$\chi^2=0,093$ p=1,000 E. Fisher
	No	16	17,6	2	14,3	18	
HA REALIZADO CURSOS HHSS	Sí	30	33	4	28,6	34	$\chi^2=0,107$ p=1,000 E. Fisher
	No	61	67	10	71,4	71	
ASERTIVIDAD	Pasivo	0	0	0	0	0	$\chi^2=0,054$ p=0,684 E. Fisher
	Asertivo	80	87,9	12	85,7	92	
	Agresivo	11	12,1	2	14,3	13	
DEPRESIÓN	Mínima	73	80,2	12	85,7	85	$\chi^2=0,814$ p=0,665
	Leve	13	14,3	2	14,3	15	
	Moderada	5	5,5	0	0	5	
	Grave	0	0	0	0	0	
ANSIEDAD/ESTADO	Baja	45	49,5	7	50	52	$\chi^2=1,579$ p=0,454
	Moderada	31	34,1	3	21,4	34	
	Alta	15	16,5	4	28,6	19	
ANSIEDAD/RASGO	Baja	44	48,4	9	64,3	53	$\chi^2=1,723$ p=0,423
	Moderada	29	31,9	4	28,6	33	
	Alta	18	19,8	1	7,1	19	
ESTRÉS LABORAL	Baño	58	63,7	6	42,9	64	$\chi^2=3,258$ p=0,196
	Medio	24	26,4	7	29,5	31	
	Alto	9	9,9	1	9,5	10	

(\*): Estadístico significativo al n.c. del 95%

TABLA 63: ASERTIVIDAD

		Pasivo		Asertivo		Agresivo		Total	Estad.
		N	%	N	%	N	%		
TODOS		0	0	92	87,6	13	12,4	105	
SEXO	Varón	0	0	34	37	5	38,5	39	$\chi^2=0,11$ p=1,000 E. Fisher
	Mujer	0	0	58	63	8	61,5	66	
EDAD	Entre 26 y 50 años	0	0	82	89,1	11	84,6	93	$\chi^2=0,229$ p=0,642 E. Fisher
	Más de 50 años	0	0	10	10,9	2	15,4	12	
ESTADO CIVIL	Vive en pareja	0	0	60	65,2	9	69,2	69	$\chi^2=0,081$ p=1,000 E. Fisher
	No vive en pareja	0	0	32	34,8	4	30,8	36	
NÚMERO DE HIJOS	Ninguno	0	0	35	38	3	23,1	38	$\chi^2=1,576$ p=0,455
	Uno	0	0	28	30,4	6	46,2	34	
	Dos o más	0	0	29	31,5	4	30,8	33	
EXPERIENCIA LABORAL	De 3 a 10 años	0	0	37	40,2	4	30,8	41	$\chi^2=0,427$ p=0,513
	Más de 10 años	0	0	55	59,8	9	69,2	64	
CENTRO DE TRABAJO	Atención Primaria	0	0	30	32,6	7	53,8	37	$\chi^2=2,251$ p=0,213 E. Fisher
	Atención Especializada	0	0	62	67,4	6	46,2	68	
SITUACIÓN ADMINISTRATIVA	Fijo	0	0	38	41,3	5	38,5	43	$\chi^2=1,428$ p=0,490
	Interino	0	0	22	23,9	5	38,5	27	
	Eventual	0	0	32	34,8	3	23,1	35	
TURNO	Mañana	0	0	56	60,9	8	61,5	64	$\chi^2=0,088$ p=0,957
	Tarde	0	0	12	13	2	15,4	14	
	Mañana y tarde	0	0	24	26,1	3	23,1	27	
CREE QUE TIENE HHSS	Sí	0	0	78	84,8	9	69,2	87	$\chi^2=1,940$ p=0,231 E. Fisher
	No	0	0	14	15,2	4	30,8	18	
HA REALIZADO CURSOS HHSS	Sí	0	0	28	30,4	6	46,2	34	$\chi^2=1,285$ p=0,343 E. Fisher
	No	0	0	64	69,6	7	53,8	71	
CURSOS DE HHSS EN POSGRADO	Sí	0	0	80	87	11	84,6	91	$\chi^2=0,054$ p=0,684 E. Fisher
	No	0	0	12	13	2	15,4	14	
DEPRESIÓN	Mínima	0	0	76	82,6	9	69,2	85	$\chi^2=1,322$ p=0,516
	Leve	0	0	12	13	3	23,1	15	
	Moderada	0	0	4	4,3	1	7,7	5	
	Grave	0	0	0	0	0	0	0	
ANSIEDAD/ESTADO	Baja	0	0	49	53,3	3	23,1	52	$\chi^2=4,282$ p=0,118
	Moderada	0	0	28	30,4	6	46,2	34	
	Alta	0	0	15	16,3	4	30,8	19	
ANSIEDAD/RASGO	Baja	0	0	50	54,3	3	23,1	53	$\chi^2=5,841$ p=0,054
	Moderada	0	0	28	30,4	5	38,5	33	
	Alta	0	0	14	15,2	5	38,5	19	
ESTRÉS LABORAL	Bajo	0	0	57	62	7	53,8	64	$\chi^2=0,666$ p=0,717
	Medio	0	0	27	29,3	4	30,8	31	
	Alto	0	0	8	8,7	2	15,4	10	

TABLA 64: DEPRESIÓN

		Mínima		Leve		Moderada		Grave		Total	Estad.
		N	%	N	%	N	%	N	%		
TODOS		85	81	15	14,3	5	4,8	0	0	105	
SEXO	Varón	30	35,3	8	53,3	1	20	0	0	39	$\chi^2=2,438$ p=0,296
	Mujer	55	64,7	7	46,7	4	80	0	0	66	
EDAD	Entre 26 y 50 años	75	82,2	13	86,7	5	100	0	0	93	$\chi^2=0,708$ p=0,702
	Más de 50 años	10	11,8	2	13,3	0	0	0	0	12	
ESTADO CIVIL	Vive en pareja	55	64,7	11	73,3	3	60	0	0	69	$\chi^2=0,497$ p=0,780
	No vive en pareja	30	35,3	4	26,7	2	40	0	0	36	
NÚMERO DE HIJOS	Ninguno	33	38,8	5	33,3	0	0	0	0	38	$\chi^2=5,383$ p=0,250
	Uno	24	28,2	7	46,7	3	60	0	0	34	
	Dos o más	28	32,9	3	20	2	40	0	0	33	
EXPERIENCIA LABORAL	De 3 a 10 años	34	40	5	33,3	2	40	0	0	41	$\chi^2=0,240$ p=0,887
	Más de 10 años	51	60	10	66,7	3	60	0	0	64	
CENTRO DE TRABAJO	Atención Primaria	29	34,1	7	46,7	1	20	0	0	37	$\chi^2=1,414$ p=0,493
	Atención Especializada	56	65,9	8	53,3	4	80	0	0	68	
SITUACIÓN ADMINISTRATIVA	Fijo	36	42,4	5	33,3	2	40	0	0	43	$\chi^2=0,761$ p=0,944
	Interino	21	24,7	5	33,3	1	20	0	0	27	
	Eventual	28	32,9	5	33,3	2	40	0	0	35	
TURNO	Mañana	54	63,5	8	53,3	2	40	0	0	64	$\chi^2=4,299$ p=0,367
	Tarde	12	14,1	2	13,3	0	0	0	0	14	
	Mañana y tarde	19	22,4	5	33,3	3	60	0	0	27	
CREE QUE TIENE HHSS	Sí	75	88,2	9	60	3	60	0	0	87	$\chi^2=9,087$ p=0,011
	No	10	11,8	6	40	2	40	0	0	18	
HA REALIZADO CURSOS HHSS	Sí	28	32,9	2	13,3	4	80	0	0	34	$\chi^2=7,676$ p=0,022
	No	57	67,1	13	86,7	1	20	0	0	71	
CURSOS DE HHSS EN POSGRADO	Sí	73	85,9	13	86,7	5	100	0	0	91	$\chi^2=0,814$ p=0,665
	No	12	14,1	2	13,3	0	0	0	0	14	
ASERTIVIDAD	Pasivo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	$\chi^2=1,322$ p=0,516
	Asertivo	76	89,4	12	80	4	80	0	0	92	
	Agresivo	9	10,6	3	20	1	20	0	0	13	
ANSIEDAD/ESTADO	Baja	49	57,6	3	20	0	0	0	0	52	$\chi^2=14,478$ p=0,006
	Moderada	25	29,4	6	40	3	60	0	0	34	
	Alta	11	12,9	6	40	2	40	0	0	19	
ANSIEDAD/RASGO	Baja	50	58,8	2	13,3	1	20	0	0	53	$\chi^2=25,109$ p=0,000
	Moderada	27	31,8	5	33,3	1	20	0	0	33	
	Alta	8	9,4	8	53,3	3	60	0	0	19	
ESTRÉS LABORAL	Bajo	58	68,2	4	26,7	2	40	0	0	64	$\chi^2=12,442$ p=0,014
	Medio	22	25,9	7	46,7	2	40	0	0	31	
	Alto	5	5,9	4	26,7	1	20	0	0	10	

TABLA 65: ANSIEDAD/ESTADO

		Bajo		Moderado		Alto		Total	Estad.
		N	%	N	%	N	%		
<b>TODOS</b>		52	49,5	34	32,4	19	18,1	105	
<b>SEXO</b>	Varón	18	34,6	9	26,5	12	63,2	39	$\chi^2=7,309$ $p=0,026$ (*)
	Mujer	34	65,4	25	73,5	7	36,8	66	
<b>EDAD</b>	Entre 26 y 50 años	46	85,5	31	91,2	16	84,2	93	$\chi^2=0,586$ $p=0,746$
	Más de 50 años	6	11,5	3	8,8	3	15,8	12	
<b>ESTADO CIVIL</b>	Vive en pareja	36	69,2	21	61,8	12	63,2	69	$\chi^2=0,576$ $p=0,750$
	No vive en pareja	16	30,8	13	38,2	7	36,8	36	
<b>NÚMERO DE HIJOS</b>	Ninguno	19	36,5	12	35,3	7	36,8	38	$\chi^2=6,762$ $p=0,149$
	Uno	13	25	11	32,4	10	52,6	34	
	Dos o más	20	38,5	11	32,4	2	10,5	33	
<b>EXPERIENCIA LABORAL</b>	De 3 a 10 años	21	44,4	12	35,3	8	42,1	41	$\chi^2=0,315$ $p=0,854$
	Más de 10 años	31	59,6	22	64,7	11	57,9	64	
<b>CENTRO DE TRABAJO</b>	Atención Primaria	17	32,7	12	35,3	8	42,1	37	$\chi^2=0,540$ $p=0,763$
	Atención Especializada	35	67,3	22	64,7	11	57,9	68	
<b>SITUACIÓN ADMINISTRATIVA</b>	Fijo	20	38,5	17	50	6	31,6	43	$\chi^2=4,548$ $p=0,337$
	Interino	17	32,7	5	14,7	5	26,3	27	
	Eventual	15	28,8	12	35,3	8	42,1	35	
<b>TURNO</b>	Mañana	32	61,5	22	64,7	10	52,6	64	$\chi^2=8,476$ $p=0,076$
	Tarde	11	21,2	1	2,9	2	10,5	14	
	Mañana y tarde	9	17,3	11	32,4	7	36,8	27	
<b>CREE QUE TIENE HHSS</b>	Sí	45	86,5	26	76,5	16	84,2	87	$\chi^2=1,497$ $p=0,473$
	No	7	13,5	8	23,5	3	15,8	18	
<b>HA REALIZADO CURSOS HHSS</b>	Sí	17	32,7	12	35,3	5	26,3	34	$\chi^2=0,453$ $p=0,797$
	No	35	67,3	22	64,7	14	73,7	71	
<b>CURSOS DE HHSS EN POSGRADO</b>	Sí	45	86,5	31	91,2	15	78,9	91	$\chi^2=1,579$ $p=0,454$
	No	7	13,5	3	8,8	4	21,1	14	
<b>ASERTIVIDAD</b>	Pasivo	0	0	0	0	0	0	0	$\chi^2=4,282$ $p=0,118$
	Asertivo	49	94,2	28	82,4	15	78,9	92	
	Agresivo	3	5,8	6	17,6	4	21,1	13	
<b>DEPRESIÓN</b>	Mínima	49	94,2	25	73,5	11	57,9	85	$\chi^2=14,478$ $p=0,006$
	Leve	3	5,8	6	17,6	6	31,6	15	
	Moderada	0	0	3	8,8	2	10,5	5	
	Grave	0	0	0	0	0	0	0	
<b>ANSIEDAD/RASGO</b>	Baja	40	76,9	11	32,4	2	10,5	53	$\chi^2=57,154$ $p=0,000$ (*)
	Moderada	11	21,2	18	52,9	4	21,1	33	
	Alta	1	1,9	5	14,7	13	68,4	19	
<b>ESTRÉS LABORAL</b>	Baio	36	69,2	18	52,9	10	52,6	64	$\chi^2=4,336$ $p=0,362$
	Medio	11	21,2	12	35,3	8	42,1	31	
	Alto	5	9,6	4	11,8	1	5,3	10	

(\*): Estadístico significativo al n.c. del 95%

TABLA 66: ANSIEDAD/RASGO

		Bajo		Moderado		Alto		Total	Estad.
		N	%	N	%	N	%		
<b>TODOS</b>		53	50,5	33	31,4	19	18,1	105	
<b>SEXO</b>	Varón	18	34	11	33,3	10	52,6	39	$\chi^2=2,387$ p=0,303
	Mujer	35	66	22	66,7	9	47,4	66	
<b>EDAD</b>	Entre 26 y 50 años	48	90,6	28	84,8	17	89,5	93	$\chi^2=0,675$ p=0,713
	Más de 50 años	5	9,4	5	15,2	2	10,5	12	
<b>ESTADO CIVIL</b>	Vive en pareja	38	71,7	20	60,6	11	57,9	69	$\chi^2=1,740$ p=0,419
	No vive en pareja	15	28,3	13	39,4	8	42,1	36	
<b>NÚMERO DE HIJOS</b>	Ninguno	20	37,7	9	27,3	9	47,4	38	$\chi^2=5,733$ p=0,220
	Uno	13	24,5	14	42,4	7	36,8	34	
	Dos o más	20	37,7	10	30,3	3	15,8	33	
<b>EXPERIENCIA LABORAL</b>	De 3 a 10 años	23	43,4	12	36,4	6	31,6	41	$\chi^2=0,966$ p=0,617
	Más de 10 años	30	56,6	21	63,6	13	68,4	64	
<b>CENTRO DE TRABAJO</b>	Atención Primaria	15	28,3	13	39,4	9	47,4	37	$\chi^2=2,592$ p=0,274
	Atención Especializada	38	71,7	20	60,6	10	52,6	68	
<b>SITUACIÓN ADMINISTRATIVA</b>	Fijo	24	45,3	14	42,4	5	26,3	43	$\chi^2=3,938$ p=0,415
	Interino	15	28,3	6	18,2	6	31,6	27	
	Eventual	14	26,4	13	39,4	8	42,1	35	
<b>TURNO</b>	Mañana	32	60,4	21	63,6	11	57,9	64	$\chi^2=6,378$ p=0,173
	Tarde	10	18,9	4	12,1	0	0	14	
	Mañana y tarde	11	20,8	8	24,2	8	42,1	27	
<b>CREE QUE TIENE HHSS</b>	Sí	46	86,8	25	75,8	16	84,2	87	$\chi^2=1,773$ p=0,412
	No	7	13,2	8	24,2	3	15,8	18	
<b>HA REALIZADO CURSOS HHSS</b>	Sí	22	41,5	6	18,2	6	31,6	34	$\chi^2=5,061$ p=0,080
	No	31	58,5	27	81,8	13	68,4	71	
<b>CURSOS DE HHSS EN POSGRADO</b>	Sí	44	83	29	87,9	18	94,7	91	$\chi^2=1,723$ p=0,423
	No	9	17	4	12,1	1	5,3	14	
<b>ASERTIVIDAD</b>	Pasivo	0	0	0	0	0	0	0	$\chi^2=5,841$ p=0,054
	Asertivo	50	94,3	28	84,8	14	73,7	92	
	Agresivo	3	5,7	5	15,2	5	26,3	13	
<b>DEPRESIÓN</b>	Mínima	50	94,3	27	81,8	8	42,1	85	$\chi^2=25,109$ p=0,000
	Leve	2	3,8	5	15,2	8	42,1	15	
	Moderada	1	1,9	1	3	3	15,8	5	
	Grave	0	0	0	0	0	0	0	
<b>ANSIEDAD/ESTADO</b>	Baio	40	75,5	11	33,3	1	5,3	52	$\chi^2=57,154$ p=0,000 (*)
	Moderado	11	20,8	18	54,5	5	26,3	34	
	Alto	2	3,8	4	12,1	13	68,4	19	
<b>ESTRÉS LABORAL</b>	Baio	38	71,7	18	54,5	8	42,1	64	$\chi^2=10,690$ p=0,030
	Medio	10	18,9	14	42,4	7	36,8	31	
	Alto	5	9,4	1	3,1	4	21,1	10	

(\*): Estadístico significativo al n.c. del 95%

TABLA 67: ESTRÉS LABORAL

		Bajo		Medio		Alto		Total	Estad.
		N	%	N	%	N	%		
TODOS		64	61	31	29,5	10	9,5	105	
SEXO	Varón	24	37,5	12	38,7	3	30	39	$\chi^2=0,255$ $p=0,880$
	Mujer	40	62,5	19	61,3	7	70	66	
EDAD	Entre 26 y 50 años	57	89,1	27	87,1	9	90	93	$\chi^2=0,102$ $p=0,950$
	Más de 50 años	7	10,9	4	12,9	1	10	12	
ESTADO CIVIL	Vive en pareja	41	64,1	22	71	6	60	69	$\chi^2=0,602$ $p=0,740$
	No vive en pareja	23	35,9	9	29	4	40	36	
NÚMERO DE HIJOS	Ninguno	24	37,5	10	32,3	4	40	38	$\chi^2=0,352$ $p=0,986$
	Uno	20	31,3	11	35,4	3	30	34	
	Dos o más	20	31,3	10	32,3	3	33	33	
EXPERIENCIA LABORAL	De 3 a 10 años	23	35,9	16	51,6	2	20	41	$\chi^2=3,841$ $p=0,147$
	Más de 10 años	41	64,1	15	48,4	8	80	64	
CENTRO DE TRABAJO	Atención Primaria	22	34,4	11	35,5	4	40	37	$\chi^2=0,121$ $p=0,941$
	Atención Especializada	42	65,6	20	64,5	6	60	68	
SITUACIÓN ADMINISTRATIVA	Fijo	30	46,9	9	29	4	40	43	$\chi^2=8,163$ $p=0,086$
	Interino	15	23,4	7	22,6	5	50	27	
	Eventual	19	29,7	15	48,4	1	10	35	
TURNO	Mañana	40	62,5	18	58,1	6	60	64	$\chi^2=0,515$ $p=0,972$
	Tarde	9	14,1	4	12,9	1	10	14	
	Mañana y tarde	15	23,4	9	29	3	30	27	
CREE QUE TIENE HHSS	Sí	58	90,6	22	71	7	70	87	$\chi^2=6,968$ $p=0,031$ (*)
	No	6	9,4	9	29	3	30	18	
HA REALIZADO CURSOS HHSS	Sí	23	35,9	8	25,8	3	30	34	$\chi^2=1,008$ $p=0,604$
	No	41	64,1	23	74,2	7	70	71	
CURSOS DE HHSS EN POSGRADO	Sí	58	90,6	24	77,4	9	90	91	$\chi^2=3,258$ $p=0,196$
	No	6	9,4	7	22,6	1	10	14	
ASERTIVIDAD	Pasivo	0	0	0	0	0	0	0	$\chi^2=0,666$ $p=0,717$
	Asertivo	57	89,1	27	87,1	8	80	92	
	Agresivo	7	10,9	4	12,9	2	20	13	
DEPRESIÓN	Mínima	58	90,6	22	71	5	50	85	$\chi^2=12,442$ $p=0,014$
	Leve	4	6,3	7	22,6	4	40	15	
	Moderada	2	3,1	2	6,5	1	10	5	
	Grave	0	0	0	0	0	0	0	
ANSIEDAD/ESTADO	Bajo	36	56,3	11	35,5	5	50	52	$\chi^2=4,336$ $p=0,362$
	Moderado	18	28,1	12	38,7	4	40	34	
	Alto	10	15,6	8	25,8	1	10	19	
ANSIEDAD/RASGO	Bajo	38	59,4	10	32,3	5	50	53	$\chi^2=10,690$ $p=0,030$
	Moderado	18	28,1	14	45,2	1	10	33	
	Alto	8	12,5	7	22,6	4	40	19	

(\*): Estadístico significativo al n.c. del 95%

TABLA 68: ESCALA DE ASERTIVIDAD DE RAHTUS (RAS)

		$\bar{X}$	$\sigma X$	Total
<b>TODOS</b>		7,45	16,65	<b>105</b>
<b>SEXO</b>	Varón	6,61	15,96	105
	Mujer	7,95	17,15	
<b>EDAD</b>	Entre 26 y 50 años	6,93	16,97	105
	Más de 50 años	11,50	13,93	
<b>ESTADO CIVIL</b>	Vive en pareja	6,98	17,33	105
	No vive en pareja	8,36	15,47	
<b>NÚMERO DE HIJOS</b>	Ninguno	6,60	14,79	105
	Uno	8,00	18,21	
	Dos o más	7,87	17,47	
<b>EXPERIENCIA LABORAL</b>	De 3 a 10 años	5,65	15,07	105
	Más de 10 años	8,60	17,61	
<b>CENTRO DE TRABAJO</b>	Atención Primaria	9,86	17,02	105
	Atención Especializada	6,14	16,43	
<b>SITUACIÓN ADMINISTRATIVA</b>	Fijo	4,93	18,79	105
	Interino	13,55	16,23	
	Eventual	5,85	13,07	
<b>TURNO</b>	Mañana	5,56	17,86	105
	Tarde	14,42	13,80	
	Mañana y tarde	9,37	14,67	
<b>HA REALIZADO CURSOS HHSS</b>	Sí	9,91	16,11	105
	No	6,28	16,89	
<b>CREE QUE TIENE HHSS</b>	Sí	7,31	15,46	129
	No	8,16	21,78	
<b>CURSOS DE HHSS EN POSGRADO</b>	Sí	7,18	16,50	105
	No	9,21	18,18	
<b>DEPRESIÓN</b>	Mínima	5,76	15,43	105
	Leve	16,80	19,46	
	Moderada	8,20	22,30	
	Grave	-	-	
<b>ANSIEDAD/ ESTADO</b>	Baja	5,28	15,99	105
	Moderada	8,55	17,04	
	Alta	11,42	17,71	
<b>ANSIEDAD/ RASGO</b>	Baja	4,01	15,74	105
	Moderada	7,54	15,88	
	Alta	16,89	17,59	
<b>ESTRÉS LABORAL</b>	Bajo	5,50	14,49	105
	Medio	4,22	17,28	
	Alto	30,00	16,58	

TABLA 69: INVENTARIO PARA LA DEPRESIÓN DE BECK (BDI)

		$\bar{X}$	$\sigma_X$	Total
<b>TODOS</b>		<b>6,25</b>	<b>5,34</b>	<b>105</b>
<b>SEXO</b>	Varón	6,17	5,18	105
	Mujer	6,30	5,47	
<b>EDAD</b>	Entre 26 y 50 años	6,39	5,47	105
	Más de 50 años	5,16	4,21	
<b>ESTADO CIVIL</b>	Vive en pareja	6,10	5,33	105
	No vive en pareja	6,55	5,43	
<b>NÚMERO DE HIJOS</b>	Ninguno	5,68	3,89	105
	Uno	7,94	5,77	
	Dos o más	5,18	6,03	
<b>EXPERIENCIA LABORAL</b>	De 3 a 10 años	6,36	5,12	105
	Más de 10 años	6,18	5,52	
<b>CENTRO DE TRABAJO</b>	Atención Primaria	6,70	5,17	105
	Atención Especializada	6,01	5,45	
<b>SITUACIÓN ADMINISTRATIVA</b>	Fijo	5,81	5,37	105
	Interino	6,37	6,02	
	Eventual	6,71	4,85	
<b>TURNO</b>	Mañana	5,79	4,87	105
	Tarde	5,50	3,22	
	Mañana y tarde	7,74	6,95	
<b>HA REALIZADO CURSOS HHSS</b>	Sí	6,58	7,20	105
	No	6,09	4,23	
<b>CREE QUE TIENE HHSS</b>	Sí	5,72	4,89	105
	No	8,83	6,71	
<b>CURSOS DE HHSS EN POSGRADO</b>	Sí	6,35	5,57	105
	No	5,64	3,60	
<b>ASERTIVIDAD</b>	Pasivo	-	-	105
	Asertivo	5,94	5,15	
	Agresivo	8,46	6,33	
<b>ANSIEDAD/ESTADO</b>	Baja	3,88	3,22	105
	Moderada	7,79	6,04	
	Alta	10,00	5,75	
<b>ANSIEDAD/RASGO</b>	Baja	3,88	3,42	105
	Moderada	6,81	4,24	
	Alta	11,89	6,96	
<b>ESTRÉS LABORAL</b>	Bajo	4,85	4,48	105
	Medio	7,67	5,24	
	Alto	10,80	7,31	



TABLA 70: CUESTIONARIO DE ANSIEDAD STAI (A/E)

		$\bar{X}$	$\sigma X$	Total
<b>TODOS</b>		<b>17,87</b>	<b>9,54</b>	<b>105</b>
<b>SEXO</b>	Varón	18,87	10,81	105
	Mujer	17,28	8,75	
<b>EDAD</b>	Entre 26 y 50 años	17,86	9,72	105
	Más de 50 años	18	8,40	
<b>ESTADO CIVIL</b>	Vive en pareja	17,27	8,92	105
	No vive en pareja	19,02	10,67	
<b>NÚMERO DE HIJOS</b>	Ninguno	17,23	9,30	105
	Uno	21,05	11,06	
	Dos o más	15,33	7,21	
<b>EXPERIENCIA LABORAL</b>	De 3 a 10 años	17,48	9,31	105
	Más de 10 años	18,12	9,75	
<b>CENTRO DE TRABAJO</b>	Atención Primaria	19,43	9,61	105
	Atención Especializada	17,02	9,47	
<b>SITUACIÓN ADMINISTRATIVA</b>	Fijo	16,90	8,31	105
	Interino	17,70	11,40	
	Eventual	19,17	9,54	
<b>TURNO</b>	Mañana	17,50	10	105
	Tarde	13,85	9,88	
	Mañana y tarde	20,85	7,42	
<b>HA REALIZADO CURSOS HHSS</b>	Sí	16,85	9,37	105
	No	18,36	9,65	
<b>CREE QUE TIENE HHSS</b>	Sí	17,54	9,83	105
	No	19,50	8,06	
<b>CURSOS DE HHSS EN POSGRADO</b>	Sí	17,72	9,75	105
	No	18,85	8,32	
<b>ASERTIVIDAD</b>	Pasivo	-	-	105
	Asertivo	16,95	9,15	
	Agresivo	24,38	10,08	
<b>DEPRESIÓN</b>	Mínima	16,01	8,29	105
	Leve	24,33	9,88	
	Moderada	30,20	12,81	
	Grave	-	-	
<b>ANSIEDAD/RASGO</b>	Baja	12,66	6,67	105
	Moderada	18,81	5,77	
	Alta	30,78	8,99	
<b>ESTRÉS LABORAL</b>	Bajo	16,56	9,69	105
	Medio	20,06	8,33	
	Alto	19,50	11,48	

TABLA 71: CUESTIONARIO DE ANSIEDAD STAI (A/R)

		$\bar{X}$	$\sigma X$	Total
<b>TODOS</b>		<b>18,84</b>	<b>9,62</b>	<b>105</b>
<b>SEXO</b>	Varón	17,87	10,62	105
	Mujer	19,42	9,01	
<b>EDAD</b>	Entre 26 y 50 años	19,21	9,72	105
	Más de 50 años	16,00	8,58	
<b>ESTADO CIVIL</b>	Vive en pareja	17,86	8,91	105
	No vive en pareja	20,72	10,73	
<b>NÚMERO DE HIJOS</b>	Ninguno	19,78	10,12	105
	Uno	20,20	10,07	
	Dos o más	16,36	8,25	
<b>EXPERIENCIA LABORAL</b>	De 3 a 10 años	17,97	8,91	129
	Más de 10 años	19,40	10,07	
<b>CENTRO DE TRABAJO</b>	Atención Primaria	21,45	9,66	105
	Atención Especializada	17,42	9,36	
<b>SITUACIÓN ADMINISTRATIVA</b>	Fijo	16,74	9,00	105
	Interino	19,03	10,57	
	Eventual	21,28	9,25	
<b>TURNO</b>	Mañana	18,65	9,80	105
	Tarde	14,57	7,13	
	Mañana y tarde	21,51	9,73	
<b>HA REALIZADO CURSOS HHSS</b>	Sí	17,17	10,84	105
	No	19,64	8,95	
<b>CREE QUE TIENE HHSS</b>	Sí	18,39	9,62	105
	No	21,05	9,57	
<b>CURSOS DE HHSS EN POSGRADO</b>	Sí	19,26	9,95	105
	No	16,14	6,79	
<b>ASERTIVIDAD</b>	Pasivo	-	-	105
	Asertivo	17,91	9,30	
	Agresivo	25,46	9,58	
<b>DEPRESIÓN</b>	Mínima	16,77	8,43	105
	Leve	26,20	9,26	
	Moderada	32,00	10,07	
	Grave	-	-	
<b>ANSIEDAD/ESTADO</b>	Baja	13,59	7,29	105
	Moderada	21,05	7,17	
	Alta	29,26	9,28	
<b>ESTRÉS LABORAL</b>	Bajo	16,82	9,45	105
	Medio	21,35	8,01	
	Alto	24,00	12,23	

TABLA 72: ESCALA DE ESTRÉS LABORAL (EAE-S)

		$\bar{X}$	$\sigma X$	Total
<b>TODOS</b>		<b>39,45</b>	<b>21,34</b>	<b>105</b>
<b>SEXO</b>	Varón	37,56	17,54	105
	Mujer	40,57	23,36	
<b>EDAD</b>	Entre 26 y 50 años	39,91	21,56	105
	Más de 50 años	35,91	20,09	
<b>ESTADO CIVIL</b>	Vive en pareja	40,00	20,90	105
	No vive en pareja	38,41	22,43	
<b>NÚMERO DE HIJOS</b>	Ninguno	38,63	21,65	105
	Uno	37,32	20,34	
	Dos o más	42,60	22,27	
<b>EXPERIENCIA LABORAL</b>	De 3 a 10 años	39,09	18,67	105
	Más de 10 años	39,68	23,03	
<b>CENTRO DE TRABAJO</b>	Atención Primaria	38,45	20,17	105
	Atención Especializada	40,00	22,08	
<b>SITUACIÓN ADMINISTRATIVA</b>	Fijo	37,13	22,56	105
	Interino	43,92	23,07	
	Eventual	38,85	18,30	
<b>TURNO</b>	Mañana	38,45	21,59	105
	Tarde	36,71	20,30	
	Mañana y tarde	43,25	21,57	
<b>HA REALIZADO CURSOS DE HHSS</b>	Sí	38,35	22,42	105
	No	39,98	20,95	
<b>CREE QUE TIENE HHSS</b>	Sí	38,17	20,23	105
	No	45,66	25,81	
<b>CURSOS DE HHSS EN POSGRADO</b>	Sí	38,37	21,49	105
	No	46,50	19,66	
<b>ASERTIVIDAD</b>	Pasivo	-	-	105
	Asertivo	38,95	20,73	
	Agresivo	43,00	25,98	
<b>DEPRESIÓN</b>	Mínima	36,61	19,98	105
	Leve	50,73	20,81	
	Moderada	54,00	32,07	
	Grave	-	-	
<b>ANSIEDAD/ESTADO</b>	Baja	36,44	21,03	105
	Moderada	43,17	23,96	
	Alta	41,05	16,46	
<b>ANSIEDAD/RASGO</b>	Baja	37,01	20,71	105
	Moderada	38,54	20,15	
	Alta	47,84	20,04	

### 5.2.2.3. PRUEBAS NO PARAMÉTRICAS

Tras el análisis estadístico de las pruebas no paramétricas, obtenemos resultados significativos para:

- **Las variables sociodemográficas y organizacionales:** “Sexo”, “Edad”, “Estado civil”, “Número de hijos”, “Experiencia laboral”, “Centro de trabajo”, “Turno”, “Cree tener HHSS”, “Cursos de HHSS en posgrado”.
- **Las variables psicológicas:** “Asertividad”, “Depresión”, “Ansiedad/Estado”, “Ansiedad/Rasgo” y “Estrés laboral”.

A continuación, presentamos los resultados obtenidos:

#### SEXO

Tabla 73: Sexo-Edad

	U	W	Z	Sig. Asintót.
<b>Edad</b>	891,000	1671,000	-4,765	,000
<b>SEXO</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	<b>SUMA DE RANGOS</b>	
Varón	39	42,85	1671,00	
Mujer	66	59,00	3894,00	

Tabla 74: Sexo-Situación Administrativa

	U	W	Z	Sig. Asintót.
<b>Situación administrativa</b>	789,000	1569,000	-3,526	,000
<b>SEXO</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	<b>SUMA DE RANGOS</b>	
Varón	39	40,23	1569,00	
Mujer	66	60,55	3996,00	

## EDAD

**Tabla 75: Edad-Sexo**

	U	W	Z	Sig. Asintót.
<b>Sexo</b>	162,000	240,000	-4,765	,000
<b>EDAD</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	<b>SUMA DE RANGOS</b>	
De 26 a 50 años	93	57,26	5325,00	
Más de 50 años	12	20,00	240,00	

**Tabla 76: Edad-Estado civil**

	U	W	Z	Sig. Asintót.
<b>Estado civil</b>	394,500	4765,500	-2,003	,045
<b>EDAD</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	<b>SUMA DE RANGOS</b>	
De 26 a 50 años	93	51,24	4765,50	
Más de 50 años	12	66,63	799,50	

**Tabla 77: Edad-Nº de hijos**

	U	W	Z	Sig. Asintót.
<b>Nº de hijos</b>	296,000	4667,000	-2,801	,005
<b>EDAD</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	<b>SUMA DE RANGOS</b>	
De 26 a 50 años	93	51,24	4765,50	
Más de 50 años	12	66,63	799,50	

**Tabla 78: Edad-Experiencia laboral**

	U	W	Z	Sig. Asintót.
<b>Experiencia laboral</b>	312,000	4683,000	-2,932	,003
<b>EDAD</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	<b>SUMA DE RANGOS</b>	
De 26 a 50 años	93	50,35	4683,00	
Más de 50 años	12	73,50	882,00	

**Tabla 79: Edad–Centro de Trabajo**

	U	W	Z	Sig. Asintót.
<b>Centro de trabajo</b>	336,000	4707,000	-2,702	,007
<b>EDAD</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	<b>SUMA DE RANGOS</b>	
De 26 a 50 años	93	50,61	4707,00	
Más de 50 años	12	71,50	858,00	

**Tabla 80: Edad–Situación Administrativa**

	U	W	Z	Sig. Asintót.
<b>Situación administrativa</b>	186,000	264,000	-4,000	,000
<b>EDAD</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	<b>SUMA DE RANGOS</b>	
De 26 a 50 años	93	57,00	5301,00	
Más de 50 años	12	22,00	264,00	

## ESTADO CIVIL

**Tabla 81: Estado Civil–Edad**

	U	W	Z	Sig. Asintót.
<b>Edad</b>	1078,500	3943,500	-2,003	,045
<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	<b>SUMA DE RANGOS</b>	
Vive en pareja	69	50,63	3493,50	
No vive en pareja	36	57,54	2071,50	

**Tabla 82: Estado civil–Nº de hijos**

	U	W	Z	Sig. Asintót.
<b>Nº de hijos</b>	393,500	1059,500	-6,080	,000
<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	<b>SUMA DE RANGOS</b>	
Vive en pareja	69	65,30	4505,50	
No vive en pareja	36	29,43	1059,50	

**Tabla 83: Estado Civil-Experiencia Laboral**

	U	W	Z	Sig. Asintót.
<b>Experiencia laboral</b>	720,000	1386,00	-4,170	,000
<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	<b>SUMA DE RANGOS</b>	
Vive en pareja	69	60,57	4179,00	
No vive en pareja	36	38,50	1386,00	

**Tabla 84: Estado Civil-Situación Administrativa**

	U	W	Z	Sig. Asintót.
<b>Situación administrativa</b>	952,000	3367,000	-2,090	,037
<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	<b>SUMA DE RANGOS</b>	
Vive en pareja	69	48,80	3367,00	
No vive en pareja	36	61,06	2198,00	

## NÚMERO DE HIJOS

**Tabla 85: Número de Hijos-Edad.**

	Chi-Cuadrado	gl	Sig.asintót.
<b>Edad</b>	8,405	2	,015
<b>NÚMERO DE HIJOS</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	
Ninguno	38	57,62	
Uno	34	54,37	
Dos o más	33	46,27	

**Tabla 86: Número de Hijos-Estado Civil**

	Chi-Cuadrado	gl	Sig.asintót.
<b>Estado civil</b>	38,484	2	,000
<b>NÚMERO DE HIJOS</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	
Ninguno	38	33,70	
Uno	34	58,65	
Dos o más	33	69,41	

**Tabla 87: Número de Hijos-Experiencia Laboral**

	Chi-Cuadrado	gl	Sig.asintót.
<b>Experiencia laboral</b>	21,862	2	,000
<b>NÚMERO DE HIJOS</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	
Ninguno	38	37,58	
Uno	34	59,60	
Dos o más	33	63,95	

**Tabla 88: Número de Hijos-Situación administrativa**

	Chi-Cuadrado	gl	Sig.asintót.
<b>Situación administrativa</b>	14,477	2	,001
<b>NÚMERO DE HIJOS</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	
Ninguno	38	65,24	
Uno	34	52,50	
Dos o más	33	39,42	

## EXPERIENCIA LABORAL

**Tabla 89: Experiencia laboral-Estado civil**

	U	W	Z	Sig. Asintót.
<b>Estado civil</b>	790,000	1651,000	-4,170	,000
<b>EXPER. LABORAL</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	<b>SUMA DE RANGOS</b>	
De 3 a 10 años	41	40,27	1651,00	
Más de 10 años	64	61,16	3914,00	

**Tabla 90: Experiencia laboral - N° de hijos**

	U	W	Z	Sig. Asintót.
<b>N° de hijos</b>	679,500	1540,500	-4,170	,000
<b>EXPER. LABORAL</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	<b>SUMA DE RANGOS</b>	
De 3 a 10 años	41	37,57	1540,50	
Más de 10 años	64	62,88	4024,50	



**Tabla 91: Experiencia laboral – Situación administrativa**

	U	W	Z	Sig. Asintót.
<b>Situación administrativa</b>	641,000	2721,000	-4,705	<b>,000</b>
<b>EXPER. LABORAL</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	<b>SUMA DE RANGOS</b>	
De 3 a 10 años	41	69,37	2844,00	
Más de 10 años	64	42,52	2721,00	

**Tabla 92: Experiencia laboral – Turno**

	U	W	Z	Sig. Asintót.
<b>Turno</b>	1007,500	3087,500	-2,303	<b>,021</b>
<b>EXPER. LABORAL</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	<b>SUMA DE RANGOS</b>	
De 3 a 10 años	41	60,43	2477,50	
Más de 10 años	64	48,24	3087,50	

## CENTRO DE TRABAJO

**Tabla 93: Centro de trabajo – Edad**

	U	W	Z	Sig. Asintót.
<b>Edad</b>	1036,000	3382,000	-2,702	<b>,007</b>
<b>CENTRO DE TRABAJO</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	<b>SUMA DE RANGOS</b>	
Atención primaria	37	59,00	2183,00	
Atención especializada	68	49,74	3382,00	

**Tabla 94: Centro de trabajo – Situación administrativa**

	U	W	Z	Sig. Asintót.
<b>Situación administrativa</b>	816,000	3162,000	-3,165	<b>,002</b>
<b>CENTRO DE TRABAJO</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	<b>SUMA DE RANGOS</b>	
Atención primaria	37	64,95	2403,00	
Atención especializada	68	46,50	3162,00	

**Tabla 95: Centro de trabajo-Cree que tiene HHSS**

	U	W	Z	Sig. asintót.
<b>Cree que tiene HHSS</b>	1066,000	3412,000	-1,973	<b>,049</b>
<b>CENTRO DE TRABAJO</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	<b>SUMA DE RANGOS</b>	
Atención primaria	37	58,19	2153,00	
Atención especializada	68	50,18	3412,00	

**Tabla 96: Centro de trabajo – Cursos de HHSS en Posgrado**

	U	W	Z	Sig. asintót.
<b>Cursos de HHSS en Posgrado</b>	1051,500	1754,500	-2,352	<b>,019</b>
<b>CENTRO DE TRABAJO</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	<b>SUMA DE RANGOS</b>	
Atención primaria	37	47,42	1754,50	
Atención especializada	68	56,04	3810,50	

## SITUACIÓN ADMINISTRATIVA

**Tabla97: Situación administrativa-Sexo**

	Chi-Cuadrado	gl	Sig.asintót.
<b>Sexo</b>	12,465	2	<b>,002</b>
<b>SITUACIÓN ADMINISTR.</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	
Fijo	43	43,20	
Interino	27	55,00	
Eventual	35	63,50	

Tabla 98: Situación administrativa-Edad

	Chi-Cuadrado	gl	Sig.asintót.
<b>Edad</b>	19,349	2	,000
<b>SITUACIÓN ADMINISTR.</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	
Fijo	43	44,35	
Interino	27	59,00	
Eventual	35	59,00	

Tabla 99: Situación administrativa-Nº de hijos

	Chi-Cuadrado	gl	Sig.asintót.
<b>Número de hijos</b>	15,426	2	,000
<b>SITUACIÓN ADMINISTR.</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	
Fijo	43	66,00	
Interino	27	46,85	
Eventual	35	41,77	

Tabla 100: Situación administrativa-Experiencia laboral

	Chi-Cuadrado	gl	Sig.asintót.
<b>Experiencia laboral</b>	23,553	2	,000
<b>SITUACIÓN ADMINISTR.</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	
Fijo	43	67,40	
Interino	27	46,28	
Eventual	35	40,50	

Tabla 101: Situación administrativa-Centro de trabajo

	Chi-Cuadrado	gl	Sig.asintót.
<b>Centro de trabajo</b>	27,362	2	,000
<b>SITUACIÓN ADMINISTR.</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	
Fijo	43	66,62	
Interino	27	34,56	
Eventual	35	40,50	

Tabla102: Situación administrativa-Turno

	Chi-Cuadrado	gl	Sig.asintót.
<b>Turno</b>	6,424	2	,040
<b>SITUACIÓN ADMINISTR.</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	
Fijo	43	45,38	
Interino	27	55,91	
Eventual	35	60,11	

Tabla103: Situación administrativa-Ha realizado cursos de HHSS

	Chi-Cuadrado	gl	Sig.asintót.
<b>Ha realizado cursos de HHSS</b>	9,376	2	,009
<b>SITUACIÓN ADMINISTR.</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	
Fijo	43	55,35	
Interino	27	40,83	
Eventual	35	59,50	

**TURNOS**

Tabla 104: Turno-Sexo

	Chi-Cuadrado	gl	Sig.asintót.
<b>Sexo</b>	7,324	2	,026
<b>TURNOS</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	
Mañana	64	48,71	
Tarde	14	68,75	
Mañana y tarde	27	55,00	

**Tabla 105: Turno-Experiencia laboral**

	Chi-Cuadrado	gl	Sig.asintót.
<b>Experiencia laboral</b>	6,083	2	<b>,048</b>
<b>TURNO</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	
Mañana	64	57,91	
Tarde	14	43,50	
Mañana y tarde	27	46,28	

**Tabla 106: Turno-Situación administrativa**

	Chi-Cuadrado	gl	Sig.asintót.
<b>Situación administrativa</b>	9,225	2	<b>,010</b>
<b>TURNO</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	
Mañana	64	46,70	
Tarde	14	69,71	
Mañana y tarde	27	59,26	

**Tabla 107: Turno-Ansiedad/Estado**

	Chi-Cuadrado	gl	Sig.asintót.
<b>Ansiedad/Estado</b>	6,175	2	<b>,046</b>
<b>TURNO</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	
Mañana	64	52,14	
Tarde	14	39,50	
Mañana y tarde	27	62,04	

### **CREE QUE TIENE HHSS**

**Tabla 108: Cree que tiene HHSS-Centro de trabajo**

	U	W	Z	Sig. asintót.
<b>Centro de trabajo</b>	591,000	762,000	-1,973	<b>,049</b>
<b>CREE QUE TIENE HHSS</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	<b>SUMA DE RANGOS</b>	
Sí	87	55,21	4803,00	
No	18	42,33	762,00	

**Tabla 109: Cree que tiene HHSS-Depresión**

	U	W	Z	Sig. asintót.
<b>Depresión</b>	543,000	4371,000	-2,988	,003
<b>CREE QUE TIENE HHSS</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	<b>SUMA DE RANGOS</b>	
Sí	87	50,24	4371,00	
No	18	63,33	1194,00	

**Tabla 110: Cree que tiene HHSS-Estrés laboral**

	U	W	Z	Sig. asintót.
<b>Estrés laboral</b>	518,000	4346,000	-2,597	,009
<b>CREE QUE TIENE HHSS</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	<b>SUMA DE RANGOS</b>	
Sí	87	49,95	4346,00	
No	18	67,72	1219,00	

### CURSOS DE HHSS EN POSGRADO

**Tabla 111: Cursos de HHSS en Posgrado-Centro de trabajo**

	U	W	Z	Sig. asintót.
<b>Centro de trabajo</b>	430,500	4616,500	-2,352	,019
<b>CURSOS DE HHSS EN POSGRADO</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	<b>SUMA DE RANGOS</b>	
Sí	91	50,73	4616,50	
No	14	50,57	948,50	

### ASERTIVIDAD

**Tabla 112: Asertividad-Ansiedad/Estado**

	U	W	Z	Sig. asintót.
<b>Ansiedad/Estado</b>	406,500	4684,500	-2,034	,042
<b>ASERTIVIDAD</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	<b>SUMA DE RANGOS</b>	
Asertivo	92	50,92	4684,50	
Agresivo	13	67,73	880,50	

**Tabla 113: Asertividad-Ansiedad/Rasgo**

	U	W	Z	Sig. asintót.
<b>Ansiedad/Rasgo</b>	376,000	4654,000	-2,364	<b>,018</b>
<b>ASERTIVIDAD</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	<b>SUMA DE RANGOS</b>	
Asertivo	92	50,59	4654,00	
Agresivo	13	70,08	911,00	

## DEPRESIÓN

**Tabla 114: Depresión-Cree que tiene HHSS**

	Chi-Cuadrado	gl	Sig.asintót.
<b>Cree que tiene HHSS</b>	9,001	2	<b>,011</b>
<b>DEPRESIÓN</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	
Mínima	85	50,18	
Leve	15	65,00	
Moderada	5	65,00	

**Tabla 115: Depresión-Ha realizado cursos de HHSS**

	Chi-Cuadrado	gl	Sig.asintót.
<b>Ha realizado cursos de HHSS</b>	7,603	2	<b>,022</b>
<b>DEPRESIÓN</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	
Mínima	85	52,71	
Leve	15	63,00	
Moderada	5	28,00	

**Tabla 116: Depresión-Ansiedad/Estado**

	Chi-Cuadrado	gl	Sig.asintót.
<b>Ansiedad/Estado</b>	13,899	2	<b>,001</b>
<b>DEPRESIÓN</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	
Mínima	85	48,14	
Leve	15	71,50	
Moderada	5	80,10	

**Tabla 117: Depresión-Ansiedad/Rasgo**

	Chi-Cuadrado	gl	Sig.asintót.
<b>Ansiedad/Rasgo</b>	19,717	2	<b>,000</b>
<b>DEPRESIÓN</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	
Mínima	85	47,15	
Leve	15	78,13	
Moderada	5	77,00	

**Tabla 118: Depresión-Estrés laboral**

	Chi-Cuadrado	gl	Sig.asintót.
<b>Estrés laboral</b>	10,319	2	<b>,006</b>
<b>DEPRESIÓN</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	
Mínima	85	49,04	
Leve	15	71,70	
Moderada	5	64,20	



**ANSIEDAD/ESTADO****Tabla 119: Ansiedad/Estado-Sexo**

	<b>Chi-Cuadrado</b>	<b>gl</b>	<b>Sig.asintót.</b>
<b>Sexo</b>	7,239	2	,027
<b>ANSIEDAD/ESTADO</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	
Baja	52	54,33	
Moderada	34	58,60	
Alta	19	39,34	

**Tabla 120: Ansiedad/Estado-Depresión**

	<b>Chi-Cuadrado</b>	<b>gl</b>	<b>Sig.asintót.</b>
<b>Depresión</b>	13,851	2	,001
<b>ANSIEDAD/ESTADO</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	
Baja	52	45,88	
Moderada	34	57,12	
Alta	19	65,11	

**Tabla 121: Ansiedad/Estado-Ansiedad/Rasgo**

	<b>Chi-Cuadrado</b>	<b>gl</b>	<b>Sig.asintót.</b>
<b>Ansiedad / Rasgo</b>	40,882	2	,000
<b>ANSIEDAD/ESTADO</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	
Baja	52	37,42	
Moderada	34	59,91	
Alta	19	83,26	

## ANSIEDAD/RASGO

**Tabla 122: Ansiedad/Rasgo-Depresión**

	Chi-Cuadrado	gl	Sig.asintót.
<b>Depresión</b>	24,499	2	,000
<b>ANSIEDAD/RASGO</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	
Baja	53	46,02	
Moderada	33	52,39	
Alta	19	75,53	

**Tabla 123: Ansiedad/Rasgo-Ansiedad/Estado**

	Chi-Cuadrado	gl	Sig.asintót.
<b>Ansiedad/Estado</b>	42,049	2	,000
<b>ANSIEDAD/RASGO</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	
Baja	53	38,05	
Moderada	33	58,38	
Alta	19	85,37	

## ESTRÉS LABORAL

**Tabla 124: Estrés laboral-Cree que tiene HHSS**

	Chi-Cuadrado	gl	Sig.asintót.
<b>Cree que tiene HHSS</b>	6,926	2	,031
<b>ESTRÉS LABORAL</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	
Bajo	64	48,92	
Medio	28	59,00	
Alto	13	60,15	

**Tabla 125: Estrés laboral-Depresión**

	Chi-Cuadrado	gl	Sig.asintót.
<b>Depresión</b>	9,682	2	<b>,008</b>
<b>ESTRÉS LABORAL</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	
Bajo	64	48,00	
Medio	28	59,79	
Alto	13	63,00	

**Tabla 126: Estrés laboral-Ansiedad/Rasgo**

	Chi-Cuadrado	gl	Sig.asintót.
<b>Ansiedad/Rasgo</b>	6,913	2	<b>,032</b>
<b>ESTRÉS LABORAL</b>	<b>N</b>	<b>RANGO PROMEDIO</b>	
Bajo	64	47,72	
Medio	28	64,21	
Alto	13	54,85	

#### 5.2.2.4.- ANOVA PARA LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y PSICOLÓGICAS.

**TABLA 127: FACTOR SEXO**

Variable significativa para el factor Sexo

	SEXO	N	MEDIA	D.T.	F	Sig. Asintót
<b>Situación Administrativa</b>	Varón	39	1,53	,75	13,919	<b>,000</b>
	Mujer	66	2,15	,84		
	Total	105	1,92	,86		

**TABLA 128: FACTOR EDAD**

Variable significativa para el factor Edad

	EDAD	N	MEDIA	D.T.	F	Sig. Asintót
<b>Nº de hijos</b>	De 26 a 50 años	93	1,87	,81	8,499	<b>,004</b>
	Más de 50 años	12	2,58	,66		
	Total	105	1,95	,82		

**TABLA 129: FACTOR ESTADO CIVIL**

Variables significativas para el factor Estado civil

	ESTADO CIVIL	N	MEDIA	D.T.	F	Sig. Asintót
<b>Experiencia laboral</b>	Vive en pareja	69	2,75	,43	20,682	<b>,000</b>
	No vive en pareja	36	2,33	,47		
	Total	105	2,60	,49		
<b>Situación administrativa</b>	Vive en pareja	69	1,79	,85	4,448	<b>,037</b>
	No vive en pareja	36	2,16	,84		
	Total	105	1,92	,86		

**TABLA 130: NÚMERO DE HIJOS**

Variable significativa para el factor Número de hijos

	Nº DE HIJOS	N	MEDIA	D.T.	F	Sig. Asintót
<b>Situación administrativa</b>	Ningún hijo	38	2,28	,76	8,091	<b>,001</b>
	Un hijo	34	1,91	,90		
	Dos o más hijos	33	1,51	,75		
	Total	105	1,92	,86		

**TABLA 131: FACTOR EXPERIENCIA LABORAL**

Variables significativas para el factor Experiencia laboral

	EXPERIENCIA LABORAL	N	MEDIA	D.T.	F	Sig. Asintót
<b>Nº de hijos</b>	De 3 a 10 años	41	1,51	,74	23,255	<b>,000</b>
	Más de 10 años	64	2,23	,75		
	Total	105	1,95	,82		
<b>Situación administrativa</b>	De 3 a 10 años	41	2,41	,70	27,279	<b>,000</b>
	Más de 10 años	64	1,60	,80		
	Total	105	1,92	,86		
<b>Turno</b>	De 3 a 10 años	41	1,87	,89	4,925	<b>,028</b>
	Más de 10 años	64	1,50	,81		
	Total	105	1,64	,86		

**TABLA 132: FACTOR CENTRO DE TRABAJO**

Variable significativa para el factor Centro de trabajo

	CENTRO DE TRABAJO	N	MEDIA	D.T.	F	Sig. Asintót
<b>Ansiedad/Rasgo</b>	Atención Primaria	37	21,45	9,66	4,345	<b>,040</b>
	Atención Especializada	68	17,42	9,36		
	Total	105	18,84	9,62		

**TABLA 133: FACTOR SITUACIÓN ADMINISTRATIVA**

Variable significativa para el factor Situación administrativa

	<b>SITUACIÓN ADMINISTRATIVA</b>	<b>N</b>	<b>MEDIA</b>	<b>D.T.</b>	<b>F</b>	<b>Sig. Asintót</b>
<b>Número de hijos</b>	Fijo	43	2,32	,74	8,868	<b>,000</b>
	Interino	27	1,77	,84		
	Eventual	35	1,62	,73		
	Total	105	1,95	,82		

**TABLA 134: FACTOR TURNO**

Variables significativas para el factor Turno

	<b>TURNO</b>	<b>N</b>	<b>MEDIA</b>	<b>D.T.</b>	<b>F</b>	<b>Sig. Asintót</b>
<b>Situación administrativa</b>	Mañana	64	1,73	,84	4,921	<b>,009</b>
	Tarde	14	2,42	,75		
	Mañana y tarde	27	2,11	,84		
	Total	105	1,92	,86		

**TABLA 135: FACTOR CREE QUE TIENE HHSS**

Variables significativas para el factor Cree que tiene HHSS

	<b>CREE QUE TIENE HHSS</b>	<b>N</b>	<b>MEDIA</b>	<b>D.T.</b>	<b>F</b>	<b>Sig. Asintót</b>
<b>Centro de trabajo</b>	Sí	87	1,68	,46	4,005	<b>,048</b>
	No	18	1,44	,51		
	Total	105	1,64	,48		

**TABLA 136: FACTOR ASERTIVIDAD**

Variables significativas para el factor Asertividad

	ASERTIVIDAD	N	MEDIA	D.T.	F	Sig. Asintót.
<b>Ansiedad/Estado</b>	Asertivo	92	16,95	9,15	7,312	<b>,008</b>
	Agresivo	13	24,38	10,08		
	Total	105	17,87	9,54		
<b>Ansiedad/Rasgo</b>	Asertivo	92	17,91	9,30	7,444	<b>,007</b>
	Agresivo	13	25,46	9,58		
	Total	105	18,84	9,62		

**TABLA 137: FACTOR DEPRESIÓN**

Variables significativas para el factor Depresión

	DEPRESIÓN	N	MEDIA	D.T.	F	Sig. Asintót.
<b>Ansiedad/Estado</b>	Mínima	85	16,01	8,29	10,985	<b>,000</b>
	Leve	15	24,33	9,88		
	Moderada	5	30,20	12,81		
	Total	105	17,87	9,54		
<b>Ansiedad/Rasgo</b>	Mínima	85	16,77	8,43	13,712	<b>,000</b>
	Leve	15	26,20	9,26		
	Moderada	5	32,00	10,07		
	Total	105	18,84	9,62		
<b>Estrés laboral</b>	Mínima	85	36,61	19,98	4,259	<b>,017</b>
	Leve	15	50,73	20,81		
	Moderada	5	54,00	32,07		
	Total	105	39,45	21,34		

**TABLA 138: FACTOR ANSIEDAD/ESTADO**

Variables significativas para el factor Ansiedad/Estado

	Ansiedad/Estado	N	MEDIA	D.T.	F	Sig. Asintót.
<b>Sexo</b>	Baja	52	1,65	,48	3,816	<b>,025</b>
	Moderada	34	1,73	,44		
	Alta	19	1,36	,49		
	Total	105	1,62	,48		
<b>Ansiedad/Rasgo</b>	Baja	52	13,59	7,29	31,289	<b>,000</b>
	Moderada	34	21,05	7,17		
	Alta	19	29,26	9,28		
	Total	105	18,84	9,62		

**TABLA 139: FACTOR ANSIEDAD/RASGO**

Variables significativas para el factor Ansiedad/Rasgo

	Ansiedad/Rasgo	N	MEDIA	D.T.	F	Sig. Asintót.
<b>Asertividad</b>	Baja	53	4,01	15,74	4,546	<b>,014</b>
	Moderada	33	7,54	15,88		
	Alta	19	16,89	17,59		
	Total	105	7,45	16,65		
<b>Ansiedad/Estado</b>	Baja	53	12,66	6,67	48,867	<b>,000</b>
	Moderada	33	18,81	5,77		
	Alta	19	30,78	8,99		
	Total	105	17,87	9,54		



**TABLA 140: FACTOR ESTRÉS LABORAL**

Variables significativas para el factor Estrés laboral

	<b>ESTRÉS LABORAL</b>	<b>N</b>	<b>MEDIA</b>	<b>D.T.</b>	<b>F</b>	<b>Sig. Asintót</b>
<b>Asertividad</b>	Bajo	64	5,50	14,49	12,416	<b>,000</b>
	Medio	31	4,22	17,28		
	Alto	10	30,00	10,58		
	Total	105	7,45	16,65		
<b>Depresión</b>	Bajo	64	4,85	4,48	7,793	<b>,001</b>
	Medio	31	7,67	5,24		
	Alto	10	10,80	7,31		
	Total	105	6,25	5,34		
<b>Ansiedad/Rasgo</b>	Bajo	64	16,82	9,45	4,130	<b>,019</b>
	Medio	31	21,35	8,01		
	Alto	10	24,00	12,23		
	Total	105	18,84	9,62		

### 5.2.2.5.-COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE SPEARMAN ENTRE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y PSICOLÓGICAS.

**TABLA 141: COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE SPEARMAN**

**Correlaciones globales: Variables sociodemográficas y psicológicas**

Variables sociodemog. y organizacional.	Sexo	Edad	Estado civil	Nº de Hijos	Exper. Laboral	Centro de trabajo	Situac. Adm.	Turno	Cursos de HHSS	Cree que tiene HHSS	Cursos HHSS en Posgr.
<b>Sexo</b>	1,000										
<b>Edad</b>	,467**	1,000									
<b>Estado civil</b>	-,098	,196*	1,000								
<b>Nº de hijos</b>	-,020	,275**	,596**	1,000							
<b>Experiencia Laboral</b>	-,130	,288**	,409**	,432**	1,000						
<b>Centro de trabajo</b>	-,072	,265**	,055	,150	,063	1,000					
<b>Situación Administrativa</b>	,346**	,392**	,205*	,373**	,461**	,310**	1,000				
<b>Turno</b>	,168	,144	-,146	-,137	,226*	-,114	,244*	1,000			
<b>Ha realizado cursos de HHSS</b>	,100	,007	,015	-,113	,030	,086	,048	-,104	1,000		
<b>Cree que tiene HHSS</b>	,088	,005	-,097	-,001	-,102	,193*	,070	,026	,045	1,000	
<b>Cursos HHSS en posgrado</b>	-,046	-,035	,047	,156	-,145	,231*	-,034	-,032	,032	-,030	1,000
<b>Depresión</b>	,001	,064	-,054	-,121	-,048	-,093	,105	,106	,086	,187	,003
<b>Asertividad</b>	,026	-,090	-,050	,018	,073	-,094	,068	,160	-,099	-,042	,048
<b>Ansiedad Estado</b>	-,056	-,007	-,060	-,054	,032	-,117	,069	,124	,077	,113	,068
<b>Ansiedad Rasgo</b>	,104	,106	-,111	-,105	,088	-,182	,199*	,080	,175	,097	-,093
<b>Estrés Laboral</b>	,027	,062	,040	,072	-,030	,020	,088	,086	,045	,104	,152

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

## ***VI. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS***

---

## **6.1. MUESTRA DE ALUMNOS-**

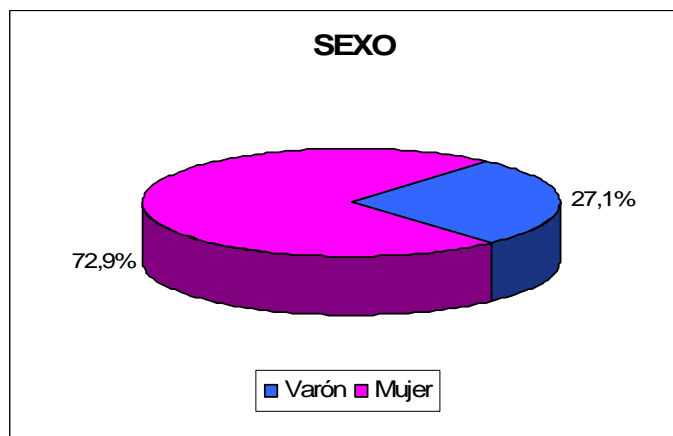
---

### **6.1.1.-ANÁLISIS DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS-**

#### **6.1.1.1.-SEXO**

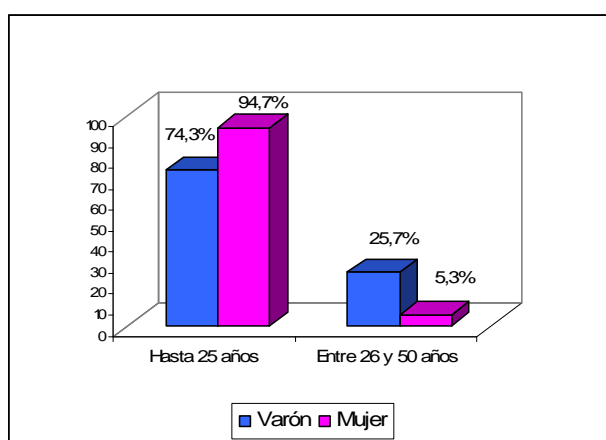
		N	%	Total
Tónica General	Varón	35	27,1	129
	Mujer	94	72,9	

Como se puede apreciar en la muestra de estudiantes, la proporción de mujeres duplica holgadamente a la de los hombres; esto nos revela que la Fisioterapia al igual que la Enfermería (y, en general, todas las sanitarias) es una carrera eminentemente femenina<sup>(1-6)</sup>; de modo que las mujeres “son las más numerosas y principales proveedoras de atención sanitaria”<sup>(7)</sup>.



En relación al SEXO VS. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y RASGOS PSICOSOCIALES, obtenemos correlaciones negativas con la edad:

Con respecto a la EDAD -ver gráfico- nos encontramos con que las mujeres son predominantemente más jóvenes que los varones (94,7% vs. 74,3%) lo cual indica la reciente mayor prevalencia de las mujeres en los niveles académicos universitarios; esta tendencia de un mayor acceso a los niveles de estudios superiores de las mujeres y, especialmente, en las Ciencias de la Salud es general en toda Andalucía y España desde los años 90<sup>(8-9)</sup>.



Con relación a la SITUACIÓN LABORAL, vemos que un amplio porcentaje de la muestra -de ambos sexos- no trabaja, como era de esperar, al tratarse de una población joven y estudiante; entre los que trabajan (15,5%), encontramos un mayor porcentaje de varones (22,9% vs. 12,8%), lo cual correlaciona con la Edad.

En cuanto al ACCESO A LA UNIVERSIDAD, el alumnado integrante de la muestra ingresó en la Diplomatura de Fisioterapia por diversas vías; siendo la de Selectividad la que presenta un mayor porcentaje -en ambos sexos- (67% mujeres vs. 62,9% varones); sin embargo, en la opción Otros (pruebas de acceso para mayores de 25 años, otras titulaciones) los varones presentan un mayor porcentaje que las mujeres (17,1% vs. 9,6%), también en correspondencia con la edad. Así, sin olvidar que -por

un lado- en la muestra de estudiantes la proporción de mujeres duplica holgadamente a la de los hombres; y -por otro- que, aunque estamos ante una “población cautiva”, la participación en nuestro trabajo ha sido voluntaria (al analizar la muestra por curso y sexo) ésta refleja un porcentaje de varones de primero, segundo y tercer curso (48,6%,17,1% y 34,3%) superior a la de las mujeres (39,4%, 21,3% y 39,4%) por lo que vemos que, aunque las mujeres son más numerosas, han contestado en menor proporción que los varones. Dato éste que no se corrobora en otras investigaciones con muestras similares<sup>(10-11)</sup>; aunque el objetivo de la muestra no nos permite responder el porqué.

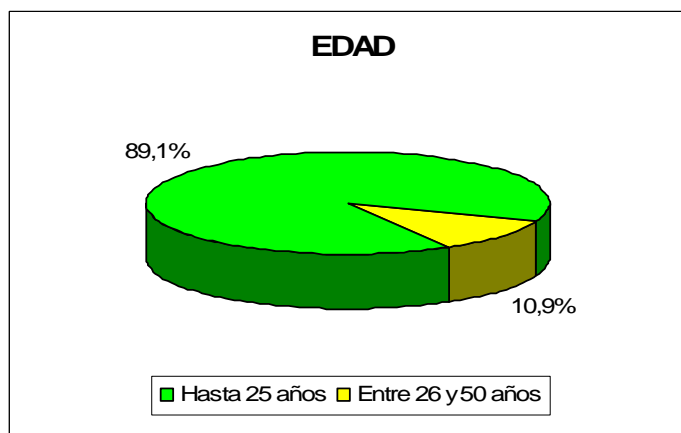
Con relación a la variable CREE QUE TIENE HHSS, las mujeres creen que Sí en un porcentaje mayor (88,3% vs. 82,9%) y también son las que HAN REALIZADO CURSOS SOBRE HHSS en un mayor porcentaje (23,4% vs. 17,1%.); además son las que, casi en su totalidad, CREEN CONVENIENTE QUE EN EL POSGRADO SE IMPARTAN CURSOS SOBRE HABILIDADES SOCIALES (92,6% vs 82,9%).

Con lo que podíamos concluir que, a mayor conocimiento sobre qué son las HHSS, más se estima conveniente una formación específica al respecto, sobre todo en las mujeres.

#### 6.1.1.2.-EDAD

		N	%	Total
Tónica General	Hasta 25 años	115	89,1	129
	Entre 26 y 40 años	14	10,9	

Como vemos en el gráfico, se trata de una población eminentemente joven, como era de esperar - tratándose de estudiantes-; el 89,1% de la muestra lo componen sujetos de menor edad (hasta 25años) y solo aparece un 10,9% de sujetos entre los 26 y 40 años.

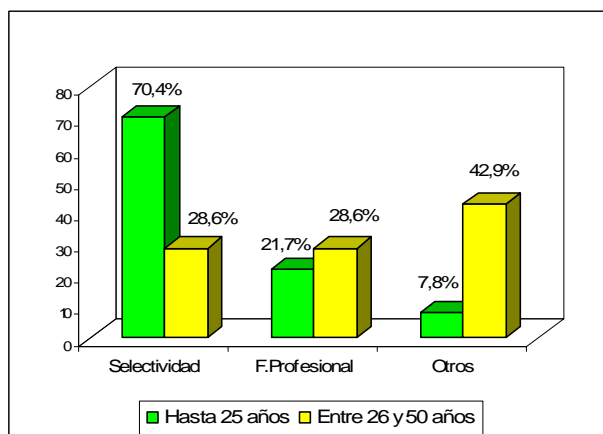


En relación a la EDAD VS. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y RASGOS PSICOSOCIALES, obtenemos correlaciones positivas con el acceso a la Universidad y negativas con el Sexo y con la Situación laboral. De modo que los Alumnos de mayor edad son varones, trabajan y han accedido a la Universidad por la vía de Otros (mayores de 25 años y otras titulaciones).

En cuanto a la relación EDAD/SEXO, obtenemos diferencias estadísticamente significativas, de modo que -como ya dijimos en el punto anterior- las mujeres son más jóvenes que los varones.

En lo referente a la SITUACIÓN LABORAL, tanto los sujetos que pertenecen al grupo de menor edad como los del grupo de mayor edad, No trabajan en su amplia mayoría (87% hasta 25 años vs. 64,3% entre 25-40 años); y, de los que trabajan, el mayor porcentaje aparece entre los sujetos del grupo de mayor edad (como era esperable desde un punto de vista sociológico).

Los Alumnos más jóvenes -ver gráfico- son los que mayoritariamente han accedido a la Universidad por la vía de Selectividad (70,4% vs. 28,6%); son estudiantes de primer curso y son los que menos CURSOS SOBRE HHSS han realizado (80% vs. 64,3%) -como también era de esperar dado que la disciplina optativa sobre el tema se oferta en 2ª-; como era de esperar también, los del grupo de mayor edad han accedido a la Universidad principalmente por la vía de Otros, y la mayoría se encuentra en el tercer curso.



Es de destacar que casi la totalidad de la muestra CREE QUE TIENE HHSS -sobre todo cuanto más edad tiene- (100% entre 26 y 50 años vs. 85,2% hasta 25 años); y son, asimismo, los de mayor edad los que en mayor medida creen conveniente que en el POSGRADO se impartan cursos sobre HHSS (92,2% vs. 89,6%) de modo que (entre



los alumnos) a cuanta más edad, se tiene una concienciación mayor de la necesidad de formación en HHSS.

Esto es importante y saludable, puesto que el proceso de Fisioterapia depende de la interacción entre el Fisioterapeuta y el Paciente, cuya relación/interacción puede ser terapéutica por sí misma -como sucede en toda praxis sanitaria-<sup>(12-13)</sup>; por ello, los estudiantes deben adquirir no solo habilidades técnicas sino también habilidades sociales y, en consecuencia, deben comprender la importancia de la relación PS-E en Fisioterapia (en nuestro caso -como vimos en la introducción- F-P); así harán explícitos los elementos de esta relación en sus procesos de razonamiento clínico.

A este respecto, conviene recordar que, en 1999, la World Confederation of Physical Therapy (WCPT)<sup>(14)</sup> describe la interacción entre el Paciente y el Fisioterapeuta como parte integral de la Fisioterapia, que tiene como objetivo conseguir un entendimiento mutuo. Así, se contempla la interacción como un “prerrequisito de un cambio positivo en la percepción corporal y en los patrones de movimiento que pueden promover la salud y el bienestar”; además, la Chartered Society of Physiotherapy, en Gran Bretaña<sup>(15)</sup>, subraya la importancia de la relación terapéutica y de la comunicación como componentes claves del proceso terapéutico. Por todo ello, es necesario tener habilidad en la comunicación si es necesario dar instrucciones a un Paciente, para evitar cualquier malentendido<sup>(16-18)</sup>. Además, en una investigación entre Fisioterapeutas en los Países Bajos<sup>(19)</sup>, se concluye que casi todos ellos tenían la impresión de que se les habían proporcionado Habilidades de Comunicación insuficientes durante su instrucción y estudios de pregrado. En la

escasa bibliografía existente en España al respecto, en lo tocante a la Fisioterapia (aunque en otras Profesiones Sanitarias sí es abundante), se enfatiza la formación de posgrado<sup>(20-21)</sup> del Fisioterapeuta en esta materia, dada la ausencia habitual de estos conocimientos en la formación de pregrado. Por ello, últimamente, están proliferando propuestas de programas específicos de formación en HHSS para Profesionales de la Salud<sup>(22)</sup> con una alta eficacia ratificada y contrastada<sup>(23-24)</sup>; incorporándose estos entrenamientos como parte de los programas oficiales de los currícula de los futuros Profesionales Sanitarios, sobre todo en las Escuelas de Medicina y Enfermería Americanas<sup>(25)</sup>, siendo algo más anecdótico en Europa -salvo en Gran Bretaña-<sup>(26)</sup>. En este marco, fueron las Diplomaturas de Enfermería y Fisioterapia de la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud<sup>(27)</sup> de la Universidad de Cádiz las primeras en España en introducir tal formación como disciplina oficial en los Planes de Estudios que se llevaron a cabo en los años 1993 -Fisioterapia<sup>(28-29)</sup>- y 1994 -Enfermería-<sup>(30-31)</sup>.

Así, en la Diplomatura de Fisioterapia<sup>(32)</sup> se introdujo la disciplina “Relaciones Humanas en los Cuidados de Fisioterapia”, que se imparte en la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de Cádiz, como optativa -en el 2º curso-; tal disciplina versa sobre Habilidades Sociales, Asertividad, Técnicas de Negociación y Comunicación de Malas Noticias, con Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS) y Técnicas de interacción interpersonal. Teniendo como finalidad crear, desarrollar y mejorar en el alumnado HHSS que faciliten la comunicación, la resolución de problemas y la toma de decisiones; aspectos que repercuten directa y positivamente en el rendimiento de su actividad y en el clima social<sup>(33)</sup> donde se desarrolle dicha labor profesional. A partir de esta finalidad, los objetivos generales que los alumnos deberán conseguir al

finalizar la materia, relacionados con las dimensiones de conocimientos, destrezas y actitudes son:

1. Posibilitar el conocimiento y dominio de los conceptos propios del campo de la Comunicación, las Relaciones interpersonales y las Habilidades Sociales.
2. Conocer y comprender los factores que influyen y/o determinan las Relaciones Humanas.
3. Facilitar el dominio de las principales técnicas del EHS.
4. Obtener conocimientos prácticos para comprender, favorecer y/o modificar ciertos comportamientos interpersonales.

Actualmente, también se refleja esta disciplina -ya, por fortuna, como “Troncal”-en el Plan de Estudios<sup>(34)</sup> del Título de Grado en Fisioterapia<sup>(35)</sup>, implantado en la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Cádiz en el curso 2009/10; dentro de la Materia “Ciencias Psicosociales Aplicadas”, formando parte del módulo de Formación Básica, e impartándose en el 1<sup>er</sup> Curso del Título de Grado (1<sup>er</sup> semestre), con las siguientes competencias:

- Identificar los factores psicológicos y sociales que influyen en el estado de salud o enfermedad de las personas, familias y comunidad.
- **CONOCER Y DESARROLLAR LA TEORÍA DE LA COMUNICACIÓN Y LAS HABILIDADES INTERPERSONALES.**
- Comprender las teorías del aprendizaje a aplicar en la educación para la salud y en el propio proceso de aprendizaje a lo largo de toda la vida.
- **COMPRENDER LOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN LA RELACIÓN FISIOTERAPEUTA-PACIENTE.**

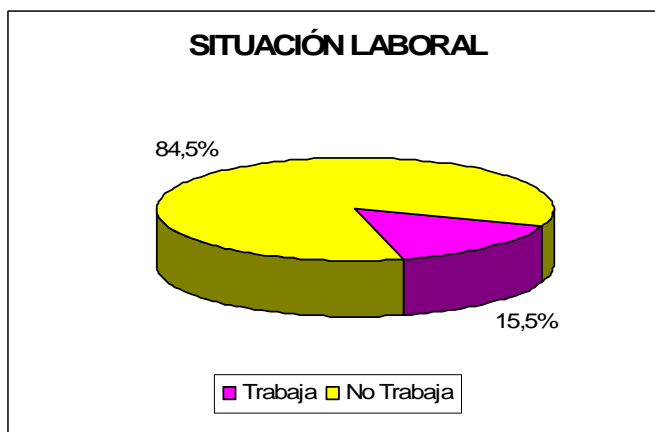
- **IDENTIFICAR LOS FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL TRABAJO EN EQUIPO Y EN SITUACIONES DE LIDERAZGO.**
- Conocer e identificar los problemas psicológicos y físicos derivados de la violencia de género para capacitar a los estudiantes en la prevención, la detección precoz, la asistencia y la rehabilitación de las víctimas de esta forma de violencia.
- Tener la capacidad de valorar, desde la perspectiva de la Fisioterapia, el estado funcional del paciente/usuario, considerando los aspectos físicos, psicológicos y sociales del mismo.

El objetivo final es formar a un futuro profesional de la Fisioterapia socialmente hábil, capaz de interactuar y comunicarse eficazmente, entablando una interrelación eficaz con sus pacientes y demás profesionales y convencido de la importancia de ello<sup>(36)</sup>.

### 6.1.1.3.- SITUACIÓN LABORAL

		N	%	Total
Tónica General	Trabaja	20	15,5	129
	No trabaja	109	84,5	

Centrándonos en el análisis de la SITUACIÓN LABORAL, habida cuenta que estamos ante una muestra compuesta por estudiantes, el número de los que trabajan, por razones obvias, es escaso; dicho lo cual, y como podemos observar en el gráfico, una amplia mayoría de la población no trabaja.



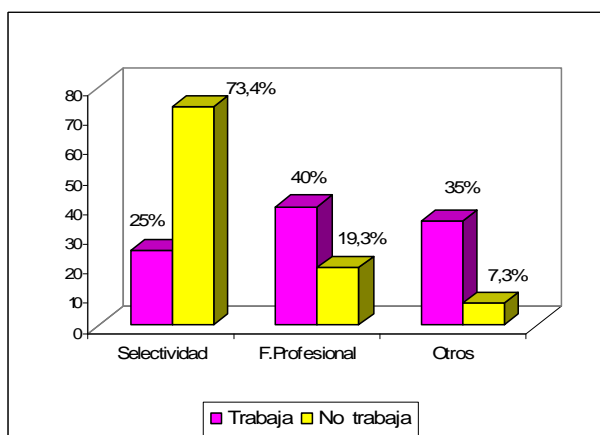
En relación a la SITUACIÓN LABORAL VS. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y RASGOS PSICOSOCIALES, obtenemos correlaciones negativas con la edad -como hemos comentado anteriormente- y en mayor medida con el acceso a la Universidad, de modo que los alumnos que trabajan son los de mayor edad y han accedido a la Universidad por las vías de Formación Profesional y Otros.

Teniendo en cuenta que la población estudiada es “eminente y femenina”- como ya explicamos- en cuanto al SEXO, la muestra revela que, tanto entre los que trabajan como entre los que no trabajan, aparece un mayor porcentaje de mujeres;

sin embargo -como hemos comentado también- son los varones los que trabajan en mayor proporción.

Igualmente ocurre con respecto a la EDAD -al tratarse de una población joven-; la mayoría, tanto entre los que trabajan como entre los que no, la encontramos entre los más jóvenes; sin embargo -proporcionalmente- son los del grupo de mayor edad los que más trabajan (lo cual es obvio desde un punto de vista sociológico).

Hemos obtenido diferencias estadísticamente significativas en relación a la variable ACCESO A LA UNIVERSIDAD, de modo que los alumnos que trabajan han accedido a la Universidad en mayor medida por Formación Profesional (40%) y por la vía Otros (35%) siendo en su mayoría de tercer curso. Mientras que los que No trabajan han accedido mayoritariamente por Selectividad (73,4%) y es en el primer curso -como era de esperar- donde se encuentran en su mayoría (44%).

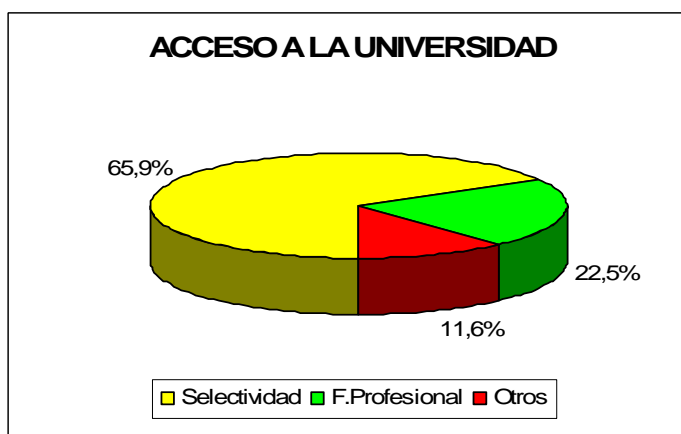


La mayoría de los Alumnos -como hemos visto ya-, trabajen o no, cree que tiene HHSS aunque no ha realizado Cursos al respecto y Sí cree necesaria la realización de los mismos en el posgrado.

#### 6.1.1.4.- ACCESO A LA UNIVERSIDAD

		N	%	Total
Tónica General	Selectividad	85	65,9	129
	F. profesional	29	22,5	
	Otros	15	11,6	

Como podemos ver en el gráfico, la mayoría de los Alumnos accedieron a la Diplomatura de Fisioterapia por la vía de Selectividad -como era de esperar, según la legislación actual sobre vías de acceso a la Universidad-.

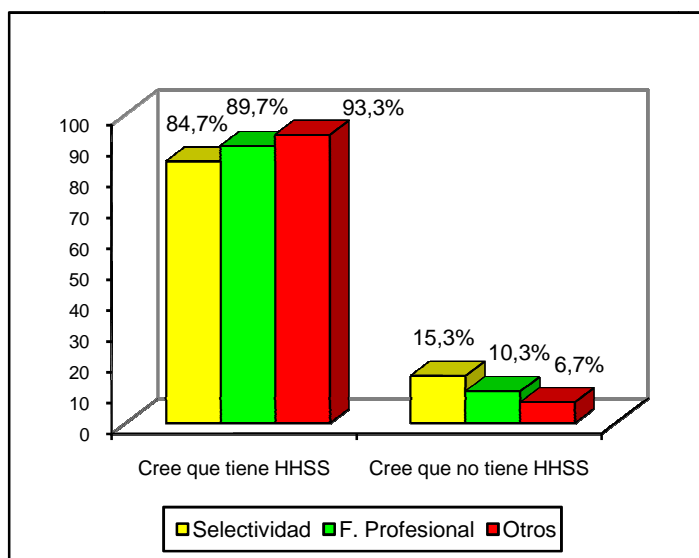


En relación al ACCESO A LA UNIVERSIDAD VS. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y RASGOS PSICOSOCIALES, obtenemos correlaciones positivas con la edad y negativas con la situación laboral -como hemos comentado en puntos anteriores-. Además, obtenemos diferencias significativas con la variable Ansiedad/Estado (A/E), de modo que son los alumnos que han accedido a la Universidad por la vía de Otros los que menos A/E presentan; lo que podría significar que, a más edad, menos ansiedad (tal vez porque ya no están en la adolescencia, etapa especialmente vulnerable y ansiógena<sup>37</sup>).

En cuanto al SEXO, las mujeres -al ser más numerosas- son las que presentan mayores porcentajes en todas las vías de Acceso; entre los varones, el mayor porcentaje aparece en la opción de Otros.

Con respecto a la EDAD, por Selectividad -como era esperable- han accedido mayoritariamente los más jóvenes (95,3% vs 4,7%), al igual que ocurre en el acceso por Formación Profesional (86,2% vs 13,8%); y, aunque en el acceso OTROS presentan también un mayor porcentaje que los de mayor edad -puesto que son más-, éstos de mayor edad han accedido principalmente por dicha vía (40%); y siendo, además, en esta vía donde encontramos un mayor porcentaje de alumnos que trabajan.

Asimismo, aunque la mayoría de los Alumnos CREEN QUE TIENEN HHSS, son los que han accedido a la Universidad por la vía de OTROS los que muestran un mayor porcentaje de tal creencia (93,3%), siendo los que en mayor proporción (33,3%) han realizado tales cursos; aunque, desgraciadamente, existe un amplio porcentaje -en todas las vías de acceso- que NO los ha realizado.



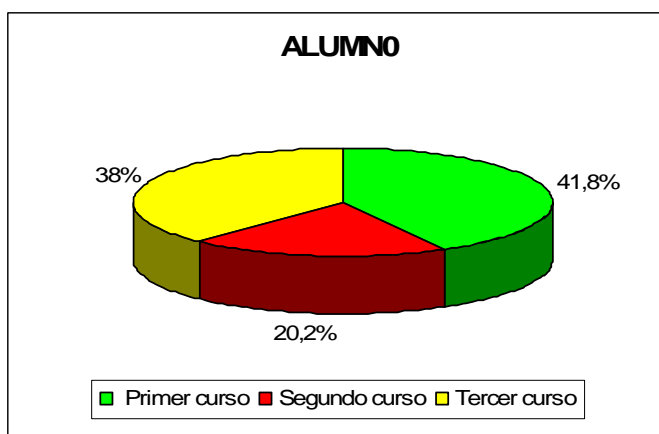


Al hilo de lo dicho, aunque la mayoría absoluta afirma que ES NECESARIA LA REALIZACIÓN DE CURSOS SOBRE HHSS EN POSGRADO, son los Alumnos que han accedido a la Universidad por la vía de OTROS los que lo afirman en su totalidad (100%)... aunque en realidad muy pocos de ellos (apenas el 21,7%) han efectuado tales Cursos... lo que confirma una vez más que “una cosa es predicar y otra dar trigo”; siendo el deseo, pues, una cosa y la realidad otra.

#### 6.1.1.5.- ALUMNO

		N	%	Total
Tónica General	Primer curso	54	41,8	129
	Segundo curso	26	20,2	
	Tercer curso	49	38	

De los sujetos que conforman la muestra (teniendo en cuenta que la participación en el estudio fue voluntaria -como ya hemos indicado-), la mayoría son alumnos de primer curso, seguidos por los de tercero y, en menor número, por los de segundo curso de la Diplomatura de Fisioterapia.



En relación a la variable ALUMNO VS. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y RASGOS PSICOSOCIALES, obtenemos correlación negativa con la variable Ha realizado cursos sobre HHSS; lo que significa que los alumnos de 1º y 2º de Fisioterapia son los que menos cursos han realizado.

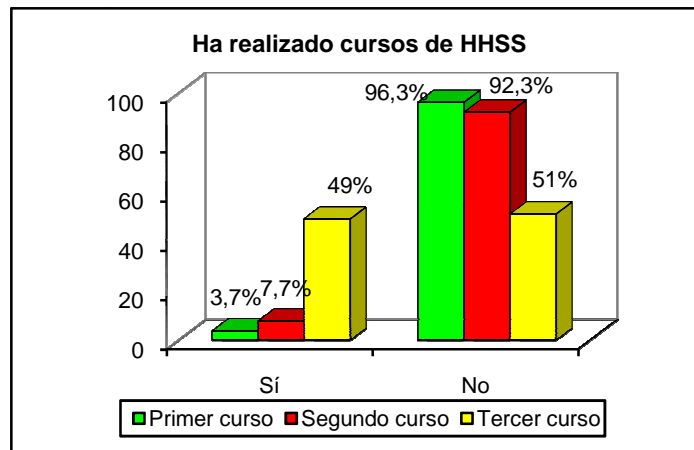
Con respecto al SEXO -en los tres cursos-, la mayoría son mujeres; casi en su totalidad pertenecen al grupo de menor edad (los de mayor edad se reparten entre los tres cursos, siendo en tercero donde aparece un mayor porcentaje: el 16,3%).

En cuanto a la SITUACIÓN LABORAL -en los tres cursos- una amplia mayoría No trabaja, siendo en 2º donde está el mayor porcentaje que sí trabaja (19,2%).

Aunque la mayoría de los sujetos HAN ACCEDIDO A LA UNIVERSIDAD por la vía de Selectividad, vemos que, en el primer curso, aparece un menor porcentaje -aunque mayoritario- de acceso por tal vía; y con mayores porcentajes, también, por Formación Profesional y Otros que en los demás cursos. De modo que los alumnos no sólo acceden a Fisioterapia por la vía de la Selectividad, sino que cada vez utilizan más las demás vías.

Atendiendo a la variable CREE QUE TIENE HHSS, nos encontramos con que la inmensa mayoría de los estudiantes -sea cual sea su Curso- cree que Sí; siendo los de 2º los que presentan un mayor porcentaje (92,3) y los que, con similares porcentajes, responden que NO HAN REALIZADO TALES CURSOS.

No obstante ello, son los de 3º -como nos ilustra el gráfico- los que presentan un mayor porcentaje (49%) en la realización de tales Cursos, posiblemente por haber elegido la asignatura optativa “Relaciones Humanas en los Cuidados de Fisioterapia” -comentada en puntos anteriores- que se imparte en el Centro, en el 2º curso, y cuyo objetivo<sup>(38)</sup> -como vimos- es el consolidar unos fundamentos teóricos y prácticos de las Ciencias de la Conducta que permitan a los Profesionales Sanitarios apreciar las necesidades psicosociales de sus pacientes en todas las vicisitudes del continuum salud-enfermedad; respondiendo así a sus demandas en una interacción plenamente humana, psicológicamente hábil y eficaz... único camino para conseguir de veras ese abordaje sanitario realmente integral y holista que hoy tanto se predica.

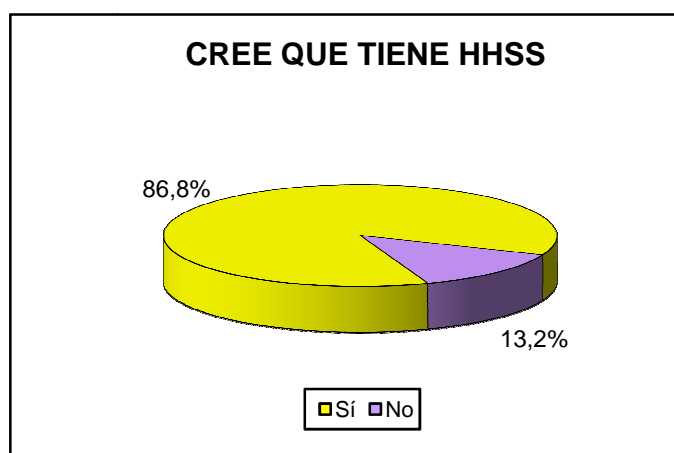


Afortunadamente nuestros datos evidencian que la mayoría de los estudiantes de la Diplomatura de Fisioterapia de Cádiz cree NECESARIA LA REALIZACIÓN DE CURSOS SOBRE HHSS. EN EL POSGRADO.

#### 6.1.1.6.- CREE QUE TIENE HHSS

		N	%	Total
Tónica General	Sí	112	86,8	129
	No	17	13,2	

Como vemos en el gráfico, una amplia mayoría de la muestra CREE QUE TIENE HHSS; “tan sólo” aparece un 13,2% que cree que no las poseen (lo cual no deja de ser importante si tornamos el argumento: “un 13,2% de los Alumnos de Fisioterapia admite no poseer HHSS”, -lo cual es francamente negativo en la formación de Futuros Profesionales de la Salud y, en concreto, de Fisioterapia-).



De hecho, si estos Alumnos -actualmente de Diplomatura- quisieran “nivelarse” al Grado, obviamente este campo de conocimientos (las HHSS) conforma algo imprescindible que deben abordar; máxime cuando, en los nuevos Planes de Estudio de Grado, las HHSS son una habilidad/destreza obligatoria a adquirir, según reza el BOE<sup>(39)</sup>, en la ORDEN CIN/2135/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para

el ejercicio de la profesión de Fisioterapeuta. De modo que entre las Competencias de Formación Básica (según el BOE nº174 de 19/07/08) tenemos:

- Identificar los factores psicológicos y sociales que influyen en el estado de salud o enfermedad de las personas, familias y comunidad.
- **Conocer y desarrollar la teoría de la comunicación y las habilidades interpersonales.**
- **Comprender los aspectos psicológicos en la relación Fisioterapeuta-Paciente.**
- **Identificar los factores que intervienen en el trabajo en equipo y en situaciones de liderazgo.**
- Comprender las teorías del aprendizaje a aplicar en la educación para la salud y en el propio proceso de aprendizaje a lo largo de toda la vida.
- Fomentar la participación del usuario y familia en su proceso de recuperación.
- Conocer e identificar los problemas psicológicos y físicos derivados de la violencia de género para capacitar a los estudiantes en la prevención, la detección precoz, la asistencia, y la rehabilitación de las víctimas de esta forma de violencia.

...Y, entre las competencias de Formación Específica (según el BOE nº174 de 19/07/08), destacamos:

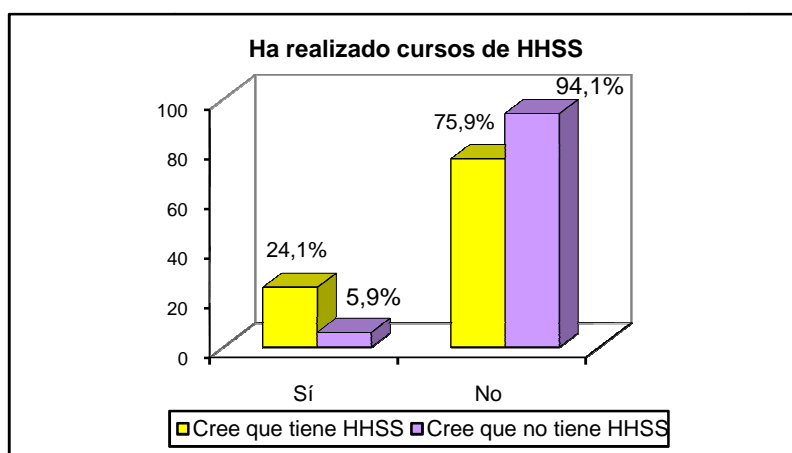
- **Tener la capacidad de valorar desde la perspectiva de la Fisioterapia, el estado funcional del paciente/usuario, considerando los aspectos físicos, psicológicos y sociales del mismo.**

- **Analizar, programar y aplicar el movimiento como medida terapéutica, promoviendo la participación del paciente/usuario en su proceso.**

Atendiendo a la variable CREE QUE TIENE HHSS, en cuanto al SEXO -como venimos diciendo-, las mujeres al ser mayoría presentan los mayores porcentajes, tanto entre los que creen que Sí (74,1% mujeres vs. 25,9% varones) como entre los que creen que No (64,7% mujeres vs. 35,3% varones); no obstante, entre los varones podemos apreciar que aparece un mayor porcentaje que creen que No tienen HHSS (esto va en la línea tradicional que atribuye una mayor Capacidad Verbal y HHSS<sup>-40-41-</sup> a las mujeres).

Con respecto a la EDAD, entre los que Creen que poseen HHSS, una amplia mayoría (87,5%) pertenece al grupo de menor edad; destacando que Todos los que conforman el grupo de mayor edad creen que Sí tienen HHSS -a este respecto, ya comentamos la tendencia que se aprecia en la investigación, según la cual, a más edad mayores HHSS; como refrenda cierta literatura<sup>(42-43)</sup> sobre el tema-.

En lo que se refiere a la REALIZACIÓN DE CURSOS SOBRE HHSS podemos observar que, tanto entre los que creen que Sí tienen HHSS cuanto entre los que No, una amplia mayoría no los han realizado. Al igual que ocurre con la variable CREE NECESARIA LA REALIZACIÓN DE CURSOS DE HHSS EN EL POSGRADO donde, tanto el 90,2% de los que creen que Sí tienen HHSS como el 88,2% de los que No, coinciden en que es necesaria la realización de tales Cursos ... Y esto es importante puesto que, como venimos diciendo, la eficacia de la práctica de la Fisioterapia no depende sólo de las aptitudes técnicas del fisioterapeuta, sino de todo el proceso complejo de comunicación interpersonal, a través del cual se realiza dicha práctica<sup>(44)</sup>.



En virtud de todo ello, los futuros Profesionales de la Fisioterapia necesitan una preparación sólida en HHSS para que puedan establecer una relación interpersonal adecuada<sup>(45-46)</sup>, lo que redundará en una mejora del proceso terapéutico<sup>(47)</sup>.

Así, nos encontramos con que, por un lado, tenemos que el EHS es imprescindible para alcanzar un modelo asertivo de relación<sup>(48)</sup>; y, por otro, que es imprescindible también la formación adecuada en el "Counselling" <sup>(49)</sup>; traducido con frecuencia como "relación de ayuda, consejo asistido o asesoramiento". Tanto la práctica de un Modelo Asertivo de comunicación cuanto el aprendizaje y uso del Counselling mejoran la salud de los pacientes y suponen también un beneficio para los propios Profesionales ya que aumentan la autosatisfacción y autoestima<sup>(50-52)</sup> del P.S., lo cual puede traducirse incluso en un adecuado preventivo/amortiguador del Burnout<sup>(53)</sup>.

Dicho lo cual, y teniendo en cuenta que el Fisioterapeuta en la relación terapéutica puede adoptar varios papeles diferentes (curativo, profiláctico, paliativo, educativo y asesor<sup>-54-</sup> -este último sin ser conscientes de ello-), se recomienda que todos los Clínicos aprendan a utilizar Habilidades de Asesoramiento/Counselling en



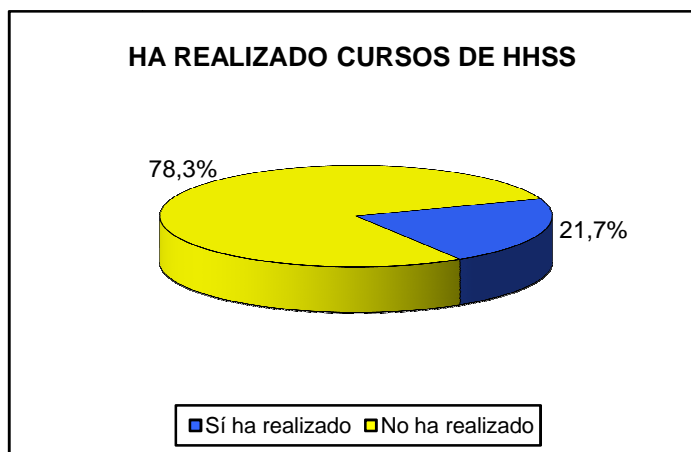
el marco de la práctica clínica<sup>(55)</sup>. Sin olvidar que el uso de Habilidades para dar Consejo se debe considerar una situación distinta a la de actuar como asesor, dado que esta es una función de los psicólogos, los trabajadores sociales o los psiquiatras<sup>(56)</sup>.

Con lo cual, no poseer unas buenas Habilidades de Comunicación<sup>(57-59)</sup> (HHSS y formación en Counselling) implica encontrarse sin recursos para afrontar una serie de situaciones que se van a presentar a menudo en la relación F-P, y que van desde la necesidad de dar Malas noticias<sup>(60-61)</sup> -situación para la que no se está a menudo preparado- hasta la de defenderse de un comportamiento abusivo/agresivo por parte del paciente, que considera que no ha sido tratado adecuadamente. Un buen manejo de esta interacción permitirá a estos futuros Profesionales lograr sus objetivos de una forma más satisfactoria.

#### 6.1.1.7.- HA REALIZADO CURSOS DE HHSS

		N	%	Total
Tónica General	Sí	28	21,7	129
	No	101	78,3	

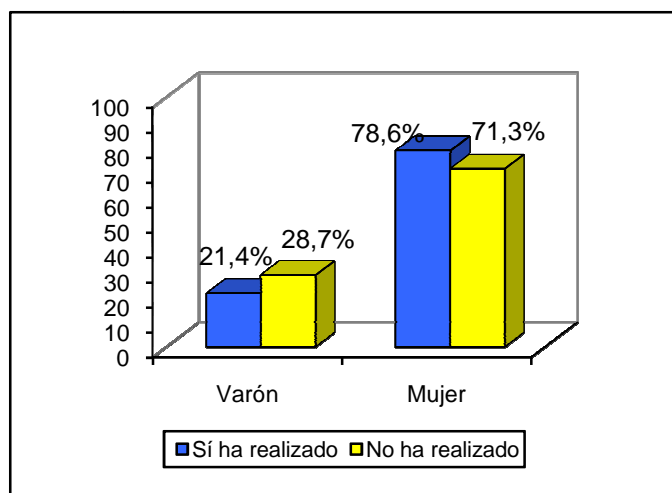
Como podemos apreciar en el gráfico, el porcentaje de Alumnos que No ha realizado Cursos de HHSS es mayoritariamente superior al de los que Sí los ha realizado (sobre todo, porque los de primer curso aún no los ha realizado).



En relación a la variable HA REALIZADO CURSOS SOBRE HHSS Vs. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y RASGOS PSICOSOCIALES, obtenemos correlación negativa con la variable CURSO DEL ALUMNO: de modo que los Alumnos de primero son los que menos cursos han realizado al respecto (lo cual es lo esperable).

Ahora bien, si pasamos al análisis con respecto al Sexo, Edad y Situación laboral -como ya hemos comentado anteriormente- al tratarse de una población eminentemente femenina, joven y estudiante, observamos que el mayor porcentaje de los que Sí han realizado tales Cursos son mujeres (78,6% vs 21,4% varones);

pertenecen al grupo de menor edad, la mayoría No trabaja y han accedido a la Universidad (57,1%) por la vía de SELECTIVIDAD.



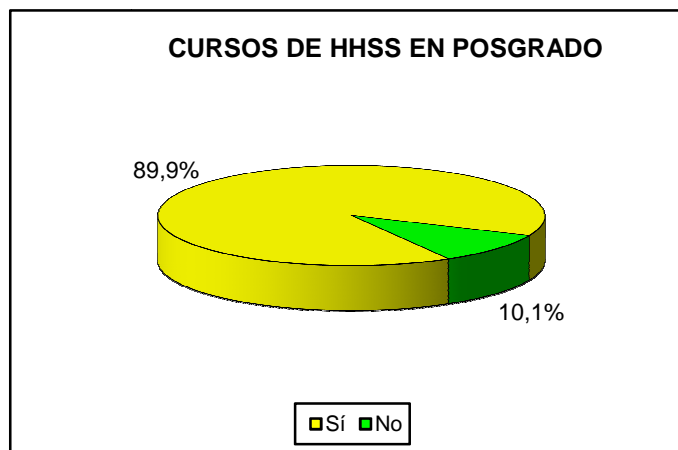
En lo que se refiere al análisis de la variable CREE QUE TIENE HHSS, en clara coherencia con lo que venimos diciendo hasta ahora, la mayoría de los alumnos que Sí han realizado cursos al respecto, creen que sí tienen HHSS en un amplio porcentaje (96,4%); y, como también hemos dicho en puntos anteriores -en casi la totalidad de la muestra-, tanto los que Sí han realizado dichos Cursos, cuanto los que No, creen que es necesaria la realización de éstos en el Posgrado.

Como es obvio, aquellos que los han realizado se encuentran mayoritariamente en el tercer curso, ya que muchos de ellos han cursado la asignatura (teórico/práctica) sobre Relaciones Humanas y Habilidades Sociales que se imparte como materia optativa.

#### 6.1.1.8.- CURSOS DE HHSS EN POSGRADO

		N	%	Total
Tónica General	Sí	116	89,9	129
	No	13	10,1	

Como podemos apreciar en el gráfico, una amplia mayoría de los Alumnos afirma la necesidad de la realización de Cursos sobre HHSS en el Posgrado (89,9%); tan sólo el 10,1% piensa que no es necesaria tal realización (lo que se puede, otra vez, poner -como flash periodístico- al revés: “¡un 10,1% de los Alumnos de Ciencias de la Salud - en concreto de Fisioterapia- no cree precisa la realización de Cursos y la formación específica sobre HHSS!”... lo cual no deja de ser curioso y penoso -amén de lo comentado sobre lo que obligan las directrices del nuevo Grado-).

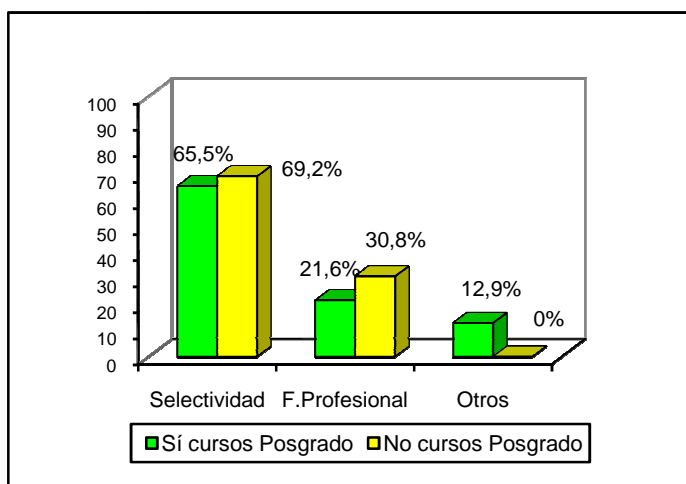


Entre los que sí afirman tal necesidad, en cuanto al SEXO, la mayoría son mujeres (75% vs. 25%); con respecto a la EDAD, aunque son los más jóvenes los que conforman la mayoría, hay que destacar que los sujetos que pertenecen al grupo de

mayor edad, tal vez por su experiencia y madurez, son los que los consideran necesarios con mayor énfasis (como ya hemos comentado).

Del mismo modo, lo afirman mayoritariamente tanto los que trabajan como los que no; entre los tres cursos de la Diplomatura, el mayor porcentaje (43,1%) lo reflejan los Alumnos de primer curso; y, entre los que piensan que No es necesario que se realicen, el mayor porcentaje (38,5%) aparece entre los de tercer curso (probablemente porque son los que más Cursos han realizado al respecto -85,7%-).

En cuanto a las vías de acceso a la Universidad, los que han accedido por Selectividad lo creen necesario en un mayor porcentaje (65,55%); y -como hemos comentado en puntos anteriores- todos los que han accedido por la vía de Otros, es decir los de mayor edad, coinciden en afirmar la necesidad de la realización de Cursos en el Posgrado.



Con relación a la variable CREE QUE TIENE HHSS, nos encontramos con que los Alumnos que creen que Sí las tienen son los que presentan un mayor porcentaje (87,1%) al aceptar la necesidad de dichos Cursos.

En cuanto a la variable HA REALIZADO CURSOS sobre HHSS, una amplia mayoría (78,3%) no los ha realizado, tanto entre los que sí los cree necesario cuanto en los que No (77,6% sí vs. 84,6% no).

A la vista de estos datos, vemos como -efectivamente- se considera necesaria la formación en HHSS, tanto generales como específicas<sup>(62-64)</sup>, que capaciten a estos futuros Fisioterapeutas para establecer unas relaciones interpersonales productivas en su ámbito de trabajo, tanto con el paciente como con los familiares; con el fin de conseguir su colaboración en la aplicación eficaz del tratamiento, así como con los demás miembros del Equipo de Salud; puesto que las Habilidades de Comunicación bien desarrolladas son elementos esenciales del trabajo de la Fisioterapia<sup>(65)</sup> ya que ayudan al proceso de recogida de información respecto al Diagnóstico de Fisioterapia, el planteamiento del Tratamiento y la Evaluación de los resultados. Además, pueden servir para desarrollar un conocimiento más profundo de los pensamientos del paciente, sus creencias y sentimientos respecto a su problema<sup>(66)</sup>. Esta información ayudará a la valoración de aspectos psicosociales que pueden entorpecer o aumentar la recuperación completa de las funciones del movimiento.

La Comunicación<sup>(67-68)</sup>, pues, y el desarrollo consciente de una Relación Terapéutica adecuada se consideran elementos importantes para potenciar el clima en el que el paciente puede aprender, desarrollar confianza y recuperar una función completa.

En definitiva, es imprescindible que el Alumno reciba esta formación durante su proceso de enseñanza y aprendizaje -en Pre y Posgrado<sup>(69)</sup>, así como el ser dotado de ciertas herramientas en Terapias, Dinámicas de grupos y Sociometría<sup>(70-74)</sup>.

La escasa implantación de estos Programas<sup>(75-77)</sup> durante la formación universitaria -hasta ahora- crea la clara necesidad para los Fisioterapeutas de recibir una Formación de Posgrado específica encaminada a cubrir dichas carencias.

...Y es que la Comunicación es un Arte y, a la vez, una Habilidad que necesita una atención cuidadosa y un entrenamiento continuado<sup>(78-80)</sup>, a fin de potenciar la evaluación, el proceso del tratamiento y la interacción F-P.

En virtud de ello, y como corolario de estos resultados, sería conveniente el informar al Ilustre Colegio de Fisioterapeutas de Andalucía de las carencias detectadas al respecto; ofreciéndole la posibilidad de que sus Colegiados/as reciban Cursos sobre el Tema por parte de Grupos de Docencia-Investigación especializados en ello, como puede ser el de la UCA: CTS-386; Grupo Investigador del PAI (Plan Andaluz de Investigación) en Psicología de la Salud, confirmado el 28/5/2001 dentro de la convocatoria del PAI (orden de 20/12/2000, BOJA 8/5/2001), del cual soy miembro.

Con las siguientes líneas de investigación (entre otras):

- Aspectos Psicosociales y de Enfermería Psicosocial del Enfermar Humano.
- Aspectos Psicosociales y de Enfermería Psicosocial de las Relaciones Personal Sanitario (PS) -Enfermo (E).
- Psicopatología Laboral.
- Antropología de la Salud.

### 6.1.2. -ANÁLISIS DE LAS VARIABLES PSICOLÓGICAS-

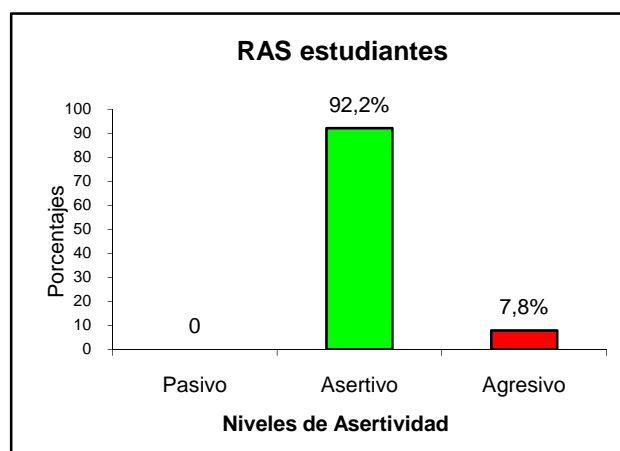
#### 6.1.2.1.-ASERTIVIDAD

		N	%	Total
Tónica General	Pasivo	0	0	129
	Asertivo	119	92,2	
	Agresivo	10	7,8	

$$\bar{X} : 7,59$$

$$\sigma x: 12,89$$

Como vemos en el gráfico, los Alumnos de Fisioterapia reflejan mayoritariamente un estilo de conducta Asertivo (92,2%), aunque un 7,8% manifiesta una conducta Agresiva, no apareciendo ningún sujeto en el nivel Pasivo.



En cuanto a la media general, como vemos, es de 7,59, lo que implica un estilo de conducta moderadamente asertivo (Asertividad media -nivel 4-). Aunque, como nos indican las investigaciones al respecto<sup>(81)</sup>, lo deseable para los Profesionales de la Salud sería un nivel “medio-alto”; además, la amplia desviación típica nos indica la existencia de grandes diferencias individuales (a este respecto, no debemos olvidar



que en la muestra también se incluyen Alumnos de 1º que no han cursado nada sobre HHSS)...El constatar este “nivel medio” y no “medio-alto” en Asertividad, como tónica imperante, nos evidencia la necesidad de una mayor formación y desarrollo de las HHSS en nuestros Alumnos.

A la luz de estos resultados, conviene indicar, una vez más, que los Alumnos de Fisioterapia, al igual que todos los de Ciencias de la Salud de la Universidad de Cádiz<sup>(82-83)</sup>, pueden cursar en sus planes de estudios una disciplina optativa sobre HHSS, etc.

Atendiendo a la relación ASERTIVIDAD vs. SEXO, aunque no obtenemos diferencias estadísticamente significativas, vemos que los varones tienden a ser menos asertivos que las mujeres (como ya se constató también en el punto 6.1.1.6, cuando decíamos que, usualmente, las mujeres suelen tener más HHSS que los varones). Pero el dato de los varones no deja de ser preocupante, aunque la Fisioterapia sea una profesión eminentemente femenina<sup>(84-87)</sup>. Este resultado nos advierte de la necesidad en ellos de una intervención al respecto; teniendo en cuenta que su futura praxis profesional exigirá un contacto directo con los pacientes; por lo que necesitarán una sólida formación en HHSS<sup>(88-89)</sup>, ya que es un elemento esencial en el proceso de Fisioterapia, ya sea hombre o mujer el Profesional.

Siguiendo con el análisis por subgrupos, observamos cómo estos datos medios no cambian significativamente ni con la Edad, ni según la SITUACIÓN LABORAL ni el CURSO, aunque sí se advierte cierta tendencia a ser menos asertivos los Alumnos que no trabajan.

Sí obtenemos diferencias significativas en lo tocante a la relación ASERTIVIDAD vs. ACCESO A LA UNIVERSIDAD, de manera que los que han accedido a la Universidad por la vía de Selectividad son los más asertivos y los que han accedido por la vía de Otros son los menos asertivos.

En cuanto a la variable CREE QUE TIENE HHSS, aún sin diferencias significativas, observamos cómo los que creen que Sí las poseen, son menos asertivos que los que creen que No. Esto nos evidencia la clara disparidad o contradicción entre lo que se cree poseer (o se dice que se posee) y lo que en realidad se tiene; el dato es preocupante y digno de resaltarse, pues si alguien cree en realidad que posee HHSS y una Asertividad adecuada, y no es cierto, difícilmente se formará en ellas.

En virtud de lo dicho, se debe formar obligatoriamente<sup>(90-94)</sup> -como tantas veces venimos diciendo- a estos futuros Profesionales en HHSS generales y específicas que les capaciten para poder interactuar de manera satisfactoria con los pacientes, familiares y el entorno laboral; ya que, como de todos es sabido, la eficacia de la práctica de la Fisioterapia no depende sólo de las aptitudes técnicas del Fisioterapeuta, sino de todo el proceso complejo de comunicación interpersonal, a través del cual se realiza dicha praxis<sup>(95)</sup>. (De hecho, ya hemos comentado que tal formación es obligatoria con el Grado; pero ¿qué sucederá con los egresados de la Diplomatura que no han seguido tal formación?).

Con respecto a la variable HA REALIZADO CURSOS SOBRE HHSS, vemos que, los que han realizado Cursos como -sobre todo- los que no, presentan un estilo de conducta moderadamente asertivo -Asertividad media (nivel 4)-; cuando lo deseable, como se ha dicho, sería un nivel 5 (Nivel “Medio-Alto”: Bastante Asertividad) dado

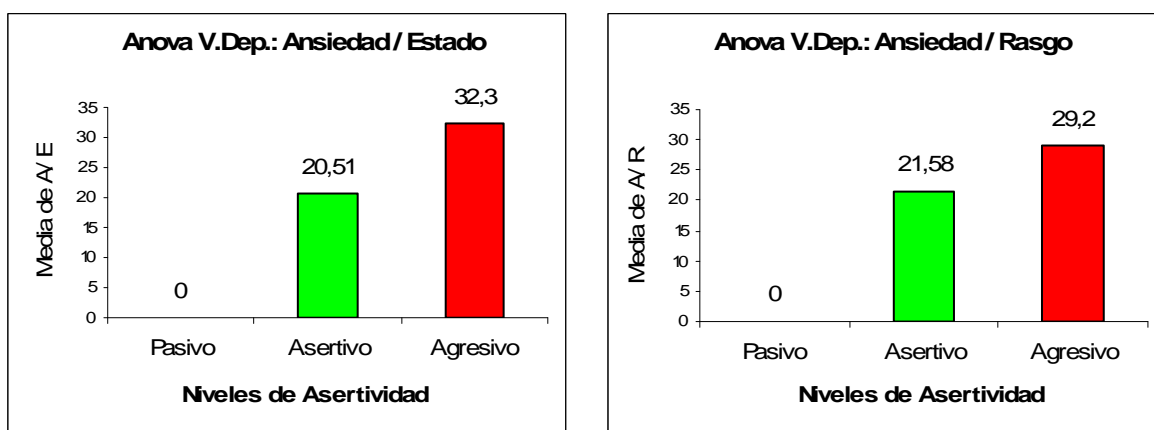
que, como futuros Profesionales de la Salud, van a trabajar en escenarios de interacción social.

También es de destacar el que los alumnos que NO CREEN NECESARIA LA REALIZACIÓN DE CURSOS EN EL POSGRADO son los menos asertivos (en correlación con lo dicho anteriormente). Este resultado sería consecuencia del desconocimiento que suelen tener acerca de los Cursos sobre EHS y de qué son las HHSS, y de que mediante estos Cursos pueden comprender que éstas son importantes y se pueden aprender, desarrollar y mejorar; siendo imprescindible para ellos dada la importancia que tiene una preparación sólida en Técnicas de Comunicación para un futuro Profesional de la Salud<sup>(96-97)</sup>.

En relación a la ASERTIVIDAD vs. DEPRESIÓN, aunque no se establecen relaciones significativas en virtud de los datos obtenidos, sí observamos que los Alumnos menos asertivos presentan Depresión en la categoría Leve. De hecho, numerosos autores<sup>(98-102)</sup> constatan que las personas deprimidas son menos asertivas, y viceversa, especialmente a la hora de expresar su desacuerdo y pedir cambios en el comportamiento de los demás<sup>(103)</sup>.

Todo ello refuerza nuestro repetido aserto acerca de la necesidad de una formación en HHSS para alcanzar un modelo asertivo de comunicación, en Fisioterapia, en la que -como en todas las Profesiones Sanitarias- un adecuado manejo de la comunicación y de las relaciones interpersonales es tan importante como el conocimiento y las destrezas biotécnicas en sí<sup>(104-105)</sup>...pero, además tal formación es un eficaz amortiguador de la Depresión y del Burnout<sup>(106-108)</sup>.

Con respecto a la relación ASERTIVIDAD vs. ANSIEDAD ESTADO Y RASGO, sí que aparecen diferencias estadísticamente significativas; de modo que los menos asertivos obtienen niveles altos de Ansiedad Estado y Rasgo.



Diversos estudios apuntan a la coherencia de los datos obtenidos, puesto que demuestran la existencia de una relación inversamente proporcional (tal y como vimos antes con la Depresión) entre la Ansiedad y el comportamiento socialmente hábil<sup>(109)</sup>. Tal es así, que en las intervenciones realizadas con programas de EHS no sólo se obtiene de forma directa una mejoría de éstas (como era de esperar); sino que, de forma indirecta, parecen facilitarse importantes reducciones de la Ansiedad incluso en sus manifestaciones clínicas<sup>(110-113)</sup>.

...Y es que las HHSS son, a la postre, capacidades y comportamientos que garantizan la eficacia de la actuación de la persona ante la situación determinada a la que se enfrenta lo que amortigua la Ansiedad y la Depresión posibles y, lo que es más importante a nuestros efectos, estas capacidades de actuación pueden ser aprendidas o modificadas<sup>(114-115)</sup>.

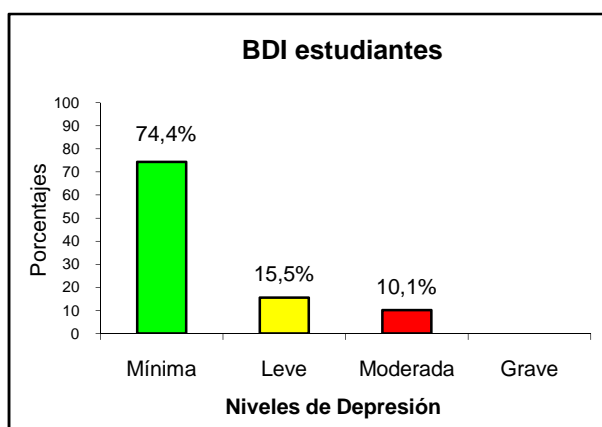
### 6.1.2.2.-DEPRESIÓN

		N	%	Total
<b>Tónica General</b>	Mínima	96	74,4	129
	Leve	20	15,5	
	Moderada	13	10,1	
	Grave	0	0	

$$\bar{X} : 6,82$$

$$\sigma x: 6,40$$

Como vemos en los datos y en el gráfico, una amplia mayoría de la muestra (74,4%) no presenta Depresión; aunque, preocupantemente, sí aparecen datos de porcentajes depresivos importantes: en las categorías de Leve (15,5%) y Moderada (10,1%); no apareciendo nadie en la categoría de Grave (tal vez porque esta situación clínica no permitiría que, depresivos graves, pudieran seguir Estudios Superiores); sea como sea, el tener a un 25,6% de Alumnos -jóvenes- con niveles clínicos de Depresión -según el BDI- no deja de ser preocupante (aunque no sea el objeto de este estudio el analizar este dato).



En cuanto a la media general (6,82), presentan un nivel medio “Mínimo e Inexistente” de Depresión en el BDI (según los valores normativos de Vázquez y Sanz<sup>116-</sup> y los rangos de Beck y Steer<sup>117-</sup>), lo cual coincide con las investigaciones al

respecto<sup>(118-119)</sup>. Pero sí hay que reseñar que ese nivel medio roza el límite del nivel de Depresión Leve.

Aunque no podemos establecer relaciones estadísticamente significativas entre DEPRESIÓN vs. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS -puesto que no es el objetivo de nuestro estudio-; sí vemos, a través de los resultados obtenidos en los subgrupos, que presentan una puntuación inferior a la media las mujeres (lo cual no deja de ser curioso, habida cuenta que la mayoría de la literatura al respecto y los datos epidemiológicos apuntan a que las mujeres padecen más Depresión que los varones<sup>-120-123-</sup>...no sabiendo exactamente, pues, porqué en esta muestra son las mujeres las que presentan la media menor; aunque después volveremos al tema en el caso de los Profesionales); igual tendencia siguen el grupo de menor edad, los que no trabajan, los que han accedido a la Universidad por la vía de Otros y los de 1º y 3º.

Al hilo de lo dicho, sí podemos apreciar una cierta predisposición a padecer Depresión en los varones, los de más edad, los que trabajan, los que han accedido a la Universidad por Formación Profesional y los que están en 2º de Fisioterapia.. aunque -repetimos- no sabemos el porqué.

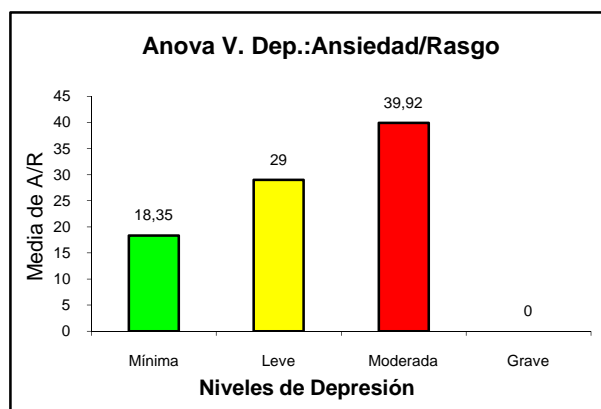
En relación a la variable CREE QUE TIENE HHSS, los que piensan que No la tienen, reflejan una cierta tendencia a la Depresión Leve. Igual sucede con la variable HA REALIZADO CURSOS: los que no los han realizado muestran una puntuación superior a la media, cercana a la categoría de Depresión Leve, como ya vimos (lo cual vuelve a demostrar la capacidad amortiguadora de las HHSS<sup>-124-125-</sup> frente a la Depresión).

Es de destacar que en la variable CREE NECESARIA LA REALIZACIÓN DE CURSOS EN EL POSGRADO, los que piensan que No presentan Depresión Leve y los que creen que Sí es necesaria no presentan dicha situación (otra vez en clara relación con lo dicho anteriormente). Esto nos apunta de nuevo la necesidad de una Formación en HHSS, sabiendo que éstas forman un nexo de unión entre el individuo y su ambiente, no solo por su utilidad en sí mismas, de cara a la relación con el paciente si no, además, como variable protectora ante la Depresión<sup>(126-129)</sup>, como ya se ha comentado.

En relación a la DEPRESIÓN vs. ASERTIVIDAD, observamos también que muchos de los que presentan Depresión (Leve), reflejan una conducta agresiva que, como hemos comentado en puntos anteriores, tampoco es asertiva. Son diversos los autores<sup>(130-133)</sup> que han encontrado la falta o escasez en HHSS (bien por pasividad como por agresividad) como factor predictivo de la Depresión; aunque sería necesaria la realización de más estudios para poder delimitar con exactitud qué factores de los que conforman las HHSS son los que realmente amortiguan la sintomatología depresiva. Además, se ha visto<sup>(134)</sup> que la relación entre las dos variables podría estar mediatizada por el apoyo social y el nivel de autoestima del sujeto (lo cual también correlaciona con las HHSS<sup>-135-</sup>).

Con respecto a la DEPRESIÓN vs. ANSIEDAD-ESTADO (A/E), y aunque no es estadísticamente significativo, vemos cómo a medida que los sujetos alcanzan puntuaciones que reflejan un índice de Depresión -Leve y Moderada- muestran un nivel de A/E alto (con lo que nos encontraríamos con cuadros mixtos de ansiedad/depresión -según el DSM-IV-TR--<sup>136-</sup>).

Del mismo modo, en cuanto a la relación DEPRESIÓN vs. ANSIEDAD-RASGO (A/R), -y esto sí es importante pues en este caso la diferencia sí ha resultado ser estadísticamente significativa- los sujetos que reflejan dicha patología, alcanzan un índice alto de A/R (otra vez en la línea del DSM- IV- TR).



En este sentido, numerosos autores<sup>(137-139)</sup> también señalan que la Ansiedad subjetiva/rasgo coexiste con la Depresión en un 70-80% de los casos; siendo, en algunas ocasiones, complicado hacer un diagnóstico diferencial claro entre los Trastornos de Ansiedad y los Trastornos del Estado de Ánimo de tipo Depresivo. De hecho, hemos encontrado en la literatura científica diversos trabajos<sup>(140-141)</sup> que concluyen -como se ha dicho- que, en muchos casos, un mismo paciente puede cumplir los criterios diagnósticos completos de Ansiedad y Depresión; con lo cual, en estos casos se suele establecer el diagnóstico en función de los síntomas más prominentes que manifieste el paciente. Con esta manera de proceder se hace implícito el que exista una sintomatología primaria y otra secundaria. Una posible explicación<sup>(142-143)</sup> de esta asociación que conforma el Trastorno Mixto



“Ansiedad/Depresión” podría ser que un trastorno predisponga a otro (aunque no sabemos cuál).

Además de lo dicho acerca del DSM-IV-TR, el “Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo” también es aceptado por la 10ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE10) que lo define “como una mezcla de síntomas depresivos y ansiosos de igual importancia asociada, al menos, con algún síntoma somático de tipo vegetativo (ej., temblor, palpitaciones..)”<sup>(144)</sup>.

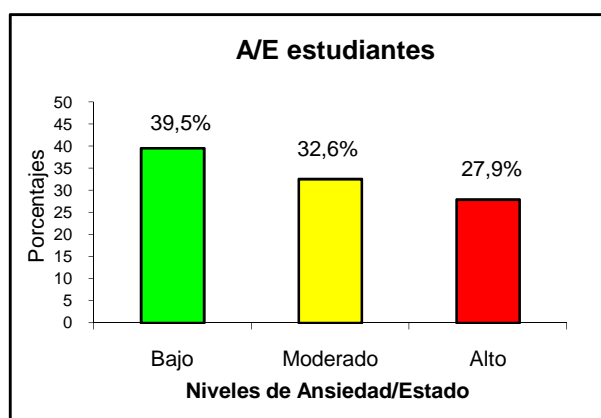
### 6.1.2.3.- ANSIEDAD/ESTADO (A/E)

		N	%	Total
<b>Tónica General</b>	Bajo	51	39,5	129
	Moderado	42	32,6	
	Alto	36	27,9	

$$\bar{X} : 21,42$$

$$\sigma x: 11,98$$

Respecto a los niveles obtenidos en la variable A/E, vemos que un 39,5% de los Alumnos no presenta Ansiedad-Estado; un 32,6% sí revela un nivel moderado y es de destacar que el 27,9% muestra niveles altos de Ansiedad -en estrecha relación con lo dicho anteriormente sobre la Depresión-; lo cual puede tener repercusiones negativas en su rendimiento académico e incluso en su calidad de vida<sup>(145)</sup>. Aunque debemos tener en cuenta que el índice de A/E refleja el estado ansioso situacional y transitorio de un sujeto en un momento dado; estando muy condicionado por la existencia o no de una situación estresante simplemente vital ("life-events"<sup>-146-</sup>) en esos momentos y que, afortunadamente, tan sólo en algunos casos se desarrollan Trastornos específicos de Ansiedad<sup>(147-150)</sup>, tales como Fobias o Ansiedad excesiva (crisis y/o ataques de angustia y/o pánico) que dificultan el desenvolvimiento en la vida cotidiana.



En cuanto a la media general, los Alumnos presentan un nivel Moderado (21,42) de A/E.

Al relacionar la A/E vs. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, los resultados no muestran diferencias significativas, aunque sí despuntan puntuaciones superiores en las mujeres -en coherencia con la literatura al respecto que siempre coincide en que las mujeres tienden a presentar más Ansiedad que los hombres-<sup>(151-154)</sup>; sobresaliendo, en nuestro caso, las más jóvenes, las que trabajan y las que cursan el 3º de Fisioterapia. En los varones, las puntuaciones más elevadas en A/E las encontramos en los del grupo de mayor edad, en los que trabajan y en los que cursan el segundo curso (aunque todos presentan un nivel moderado de ansiedad-estado).

Tan sólo sí hemos encontrado diferencias significativas entre A/E vs. ACCESO A LA UNIVERSIDAD, de manera que los que han accedido por la vía de Otros y Selectividad no presentan niveles de Ansiedad preocupantes; mientras que los que han accedido por Formación Profesional son los que reflejan mayores niveles de A/E; presentando los varones un nivel alto y las mujeres un nivel moderado -pero con una puntuación cercana al nivel alto- (no pudiendo establecerse mediante esta investigación el porqué). Dicho esto, nos aventuramos a lanzar la hipótesis de que puede ser atribuible a la mayor experiencia universitaria y vital -en el caso del acceso por otras Titulaciones-, en virtud de la cual, la situación en la que se encuentran ahora no es lo suficientemente novedosa como para que sea un estímulo estresante para ellos; igual sucedería con la mayor edad de los Alumnos -en el caso del acceso a mayores de 25 años-.

En cuanto a las variables CREE QUE TIENE HHSS, HA REALIZADO CURSOS SOBRE HABILIDADES SOCIALES Y CREE NECESARIA LA REALIZACIÓN DE TALES CURSOS EN EL POSGRADO, podemos decir -aunque no obtenemos diferencias significativas- que los que creen que tienen Habilidad Social, han realizado Cursos al respecto y creen necesaria la realización de éstos (aunque reflejan también niveles moderados de Ansiedad) obtienen una puntuación inferior a la media, lo que indica una mayor tolerancia a la frustración y a la ansiedad, (fruto, tal vez de esa Habilidad y/o formación).

Respecto a la relación A/E vs. DEPRESIÓN, vemos que a medida que los sujetos alcanzan un nivel alto de A/E presentan Depresión Leve y Moderada -lo cual ya ha sido comentado suficientemente en puntos anteriores-.

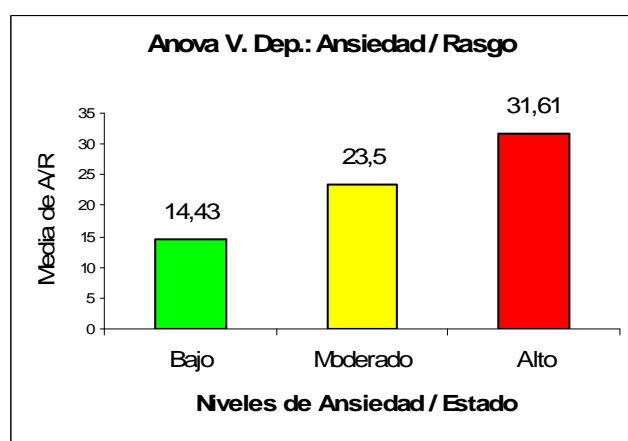
En cuanto a la relación A/E vs. ASERTIVIDAD, sí hemos obtenido diferencias significativas -también comentadas en puntos anteriores-, de manera que los sujetos con niveles altos de A/E reflejan un estilo de conducta no asertivo. Lo cual coincide con lo que numerosos autores refrendan acerca de que las personas con altos niveles de Ansiedad son menos asertivas<sup>(155-158)</sup>.

Para explicar esta relación entre Ansiedad y los déficits en Asertividad se han utilizado dos Modelos: el primero de ellos<sup>(159)</sup> se basa en la Inhibición de Respuesta, que se explicaría por el hecho de que la elevada Ansiedad actuaría como un mecanismo inhibitorio impidiendo la ejecución por parte del sujeto de respuestas asertivas, lo cual daría lugar a un creciente déficit en este tipo de comportamientos; según este modelo, Ansiedad y Asertividad serían dos respuestas incompatibles.

El otro Modelo<sup>(160)</sup> se basa en la hipótesis de que los sujetos con una elevada Ansiedad Social no podrían ejecutar respuestas asertivas porque carecerían de este tipo de comportamientos dentro de su repertorio conductual; en este caso, los sujetos ansiosos deberían aprender previamente las conductas asertivas para poder luego ejecutarlas de manera adecuada.

Además, la relación entre la Ansiedad y las HHSS<sup>(161-162)</sup> está especialmente mediada por la actividad del sistema cognitivo de respuesta, cuya importancia en el inicio y mantenimiento de los déficits de Asertividad en sujetos ansiosos ha sido claramente demostrada por varias investigaciones<sup>(163-164)</sup>. Por otro lado, diversos autores coinciden<sup>(165-167)</sup> en afirmar que el EHS es eficaz para mejorar el grado de asertividad de los sujetos así como para disminuir la sintomatología ansiosa.

Por último, y como era de esperar, al relacionar A/E vs. A/R otra vez obtenemos diferencias estadísticamente significativas, de modo que los Alumnos con un nivel alto de ansiedad-estado presentan un nivel alto de ansiedad-rasgo.



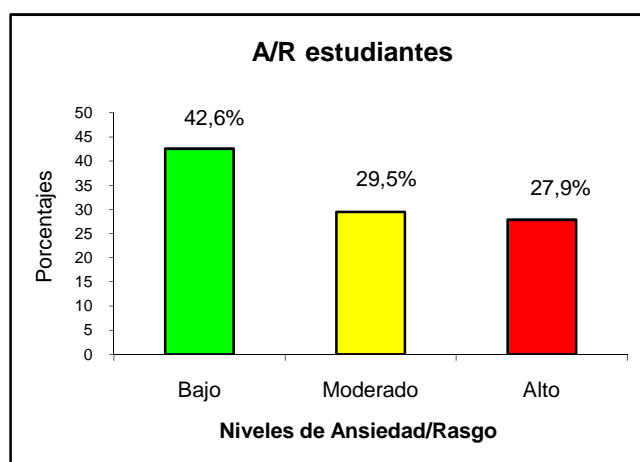
### ANSIEDAD/RASGO (A/R)

		N	%	Total
Tónica General	Bajo	55	42,6	129
	Moderado	38	29,5	
	Alto	36	27,9	

$$\bar{X} : 22,17$$

$$\sigma x: 10,57$$

Como vemos en la tabla y en el gráfico, el 42,6% de los Alumnos no presenta A/R, aunque sí aparece un 29,5% con Ansiedad moderada; siendo de destacar el que un 27,9% refleja un nivel de Ansiedad alto -el mismo porcentaje que obtuvimos al analizar el índice de A/E-; reiteramos que estos resultados serían suficientes para una nueva investigación al respecto (así como los descubiertos en torno a los niveles depresivos). Recordando, asimismo que, en general, los sujetos con mayor A/R son más propensos a responder con un aumento de A/E en situaciones interpersonales que impliquen alguna amenaza a la autoestima<sup>(168-169)</sup> (p.ej enfrentarse a una tarea difícil o novedosa); lo cual, evidentemente, les puede acarrear problemas en sus relaciones con los enfermos.



La Ansiedad, cuya concepción ha variado mucho a lo largo de los años<sup>(170-172)</sup>, es actualmente definida como “un estado emocional desarrollado ante diversos estímulos estresantes (característicamente futuros), que cursa con una respuesta de alarma en los planos fisiológico, motor y cognitivo”<sup>(173-175)</sup>. Un ejemplo de estímulo estresante lo constituyen los exámenes en el contexto académico y además, en nuestro caso, las prácticas clínicas -con las relaciones F-P consecuentes- que representan situaciones novedosas a las que el estudiante debe enfrentarse.

En principio, el establecimiento de un estado de ansiedad razonable resulta positivo para una mejor respuesta ante el reto planteado, siendo así la situación estresante y la Ansiedad subsiguiente un eficaz activador de la conducta; pero en ocasiones, la Ansiedad se exagera y se vuelve patológica o desadaptativa, provocando en quien la padece alteraciones físicas<sup>(176)</sup> y psicológicas<sup>(177)</sup> que pueden producir una disminución del rendimiento académico y de la praxis clínica. De lo anterior se desprende el interés que supone controlar la Ansiedad cuando deja de ser adaptativa para un mejor rendimiento y calidad de vida -ahora como estudiantes y en el futuro como Fisioterapeutas-. Aunque un análisis profundo del tema también se escapa de los objetivos de nuestra investigación.

En cuanto a la media general, los Alumnos presentan un nivel moderado (22,17) de A/R.

Atendiendo a la relación A/R vs. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, sí se advierte que las mujeres reflejan puntuaciones superiores a la de los varones -siguiendo la tónica general descrita en la literatura al respecto- y, entre ellas, las más jóvenes, las que trabajan, las que han accedido a la Universidad por la vía de

Selectividad y las que están en el tercer curso (aunque todas están dentro de un nivel moderado de Ansiedad no necesariamente patológico).

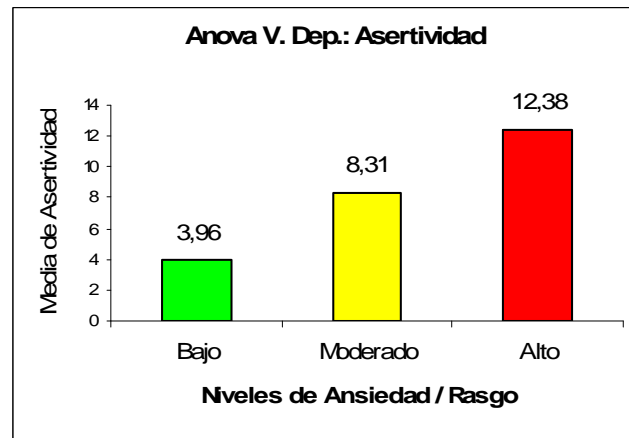
En cuanto a la relación con las variables CREE QUE TIENE HHSS, HA REALIZADO CURSOS Y CREE NECESARIA LA REALIZACIÓN DE TALES CURSOS EN EL POSGRADO, los que han respondido que No reflejan una puntuación superior a la media (siendo, otra vez, las mujeres las que reflejan más Ansiedad).

Respecto a la relación A/R vs. DEPRESIÓN, sí aparecen diferencias estadísticamente significativas -ya comentadas en puntos anteriores-; de manera que los sujetos con niveles altos de A/R reflejan Depresión clínica -según el BDI- Leve y Moderada.

Existe consenso en admitir, en la etiología de la Depresión, que uno de los elementos patogénicos suele ser la escasez de contactos sociales; de hecho, numerosos autores<sup>(178-181)</sup> consideran que ésta proviene de una pérdida de reforzadores por un déficit en habilidades interpersonales y Asertividad. Con este transfondo, se sugiere y avala la efectividad del EHS<sup>(182-188)</sup> para paliar los síntomas depresivos; y, dada su correlación elevada con la A/R, también de los síntomas ansiosos.

Del mismo modo, con respecto a la relación A/R vs. ASERTIVIDAD, tras el pertinente análisis de varianza, se constata que los que muestran niveles altos de A/R son los menos asertivos -en cohesión con lo comentado también en puntos anteriores-.





También, en lo tocante a la relación A/R vs. A/E, los que reflejan un nivel alto de A/R presentan un nivel alto de A/E, como constata toda la literatura al respecto y hemos comentado.

Como conclusión, debemos reiterar que diversos estudios<sup>(189-192)</sup> han encontrado que la aplicación del EHS ayuda a reducir la sintomatología ansiosa; sobre todo la relacionada con las dificultades para relacionarse socialmente o desenvolverse de manera adecuada en diferentes situaciones sociales y con diferentes personas<sup>(193-195)</sup>.

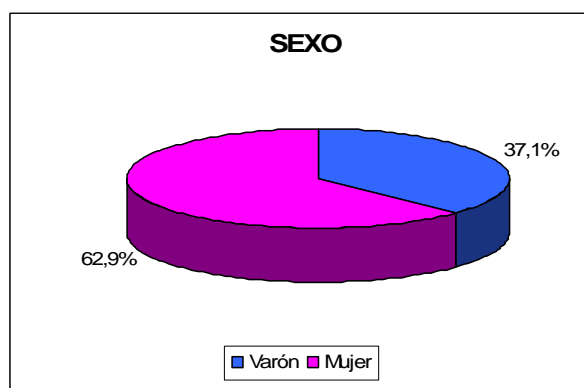
## 6.2. MUESTRA DE PROFESIONALES-

### 6.2.1.- ANÁLISIS DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS-

#### 6.2.1.1.- SEXO

		N	%	Total
Tónica General	Varón	39	37,1	105
	Mujer	66	62,9	

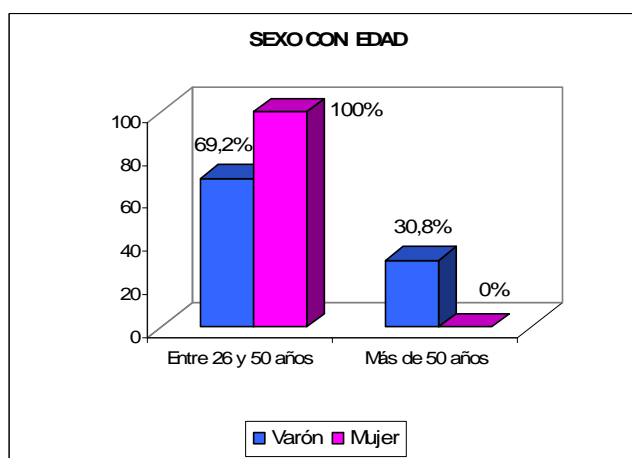
Como se puede apreciar en la muestra de Profesionales -al igual que con los estudiantes-, el porcentaje de mujeres es superior al de los hombres, confirmándose la constante comentada de que en la mayoría de las Profesiones Sanitarias la dotación femenina es superior a la masculina<sup>(196-197)</sup>; lo descrito como “feminización de las profesiones sanitarias” ha sido ampliamente constatado en otras investigaciones donde se han analizado muestras de poblaciones sanitarias<sup>(198-201)</sup>.



De hecho -y como dato curioso- hasta mediados de la década de los 70 -en el Reino Unido- en algunas de las Facultades de Fisioterapia sólo estudiaban Alumnas; en 1989, en el Nacional Healt Service (NHS), el 76% de los Fisioterapeutas eran

mujeres<sup>(202)</sup>, y en el portal actual de la Sociedad de Fisioterapeutas Certificados (Chartered Society of Physiotherapy) se publicó<sup>(203)</sup> que, en 2001, tan solo el 10% de los Fisioterapeutas eran hombres, aunque el número estaba aumentando.

En nuestra muestra, con respecto al Sexo, según la EDAD, -ver gráfico- podemos apreciar cómo las mujeres son predominantemente más jóvenes que los varones (100% vs. 69,2% en la cohorte de entre 26 y 50 años); destacando (curiosamente y en contra de lo que hemos visto en el Reino Unido) que en la cohorte de mayor edad no aparece ninguna mujer, lo cual correlaciona obviamente con la edad, debido a la estructura de género de la Fisioterapia hasta hace poco en España, donde los hombres eran mayoritarios.



En estrecha relación con lo anterior y en correlación con la Edad, el índice de mujeres que NO VIVEN EN PAREJA -en nuestra población- es superior al de los hombres y viceversa (los hombres que viven en pareja son significativamente más que las mujeres -71,8% vs. 62,1%-). De igual modo, los hombres suelen tener una

mayor EXPERIENCIA LABORAL que las mujeres (al tratarse ésta de una variable dependiente de la edad).

Respecto al CENTRO DE TRABAJO, aunque la proporción varón/mujer es similar tanto en Atención Especializada (AE) como en Atención Primaria (AP), los varones trabajan más en AE (69,2% varones vs 62,1% mujeres), mientras que el mayor número de sujetos que desarrollan su actividad laboral en AP son mujeres (37,9% vs 30,8% varones).

En lo tocante a la relación SEXO vs. SITUACIÓN ADMINISTRATIVA, sí obtenemos diferencias significativas: a través del análisis de varianza se constata que los varones tienen mejor situación administrativa; de hecho, los hombres, al ser de mayor edad y tener más experiencia laboral, son mayoritariamente Personal Fijo; mientras que, entre las mujeres, al ser más jóvenes y tener menos experiencia laboral, la mayoría son Personal Eventual (43,9% vs. 15,4% varones), presentando también un mayor porcentaje entre los Interinos (27,3%) frente a los hombres (23,1%).

En relación al TURNO DE TRABAJO, aunque entre ambos sexos los mayores porcentajes aparecen en el turno de mañana, son los hombres los que trabajan en dicho horario en una mayor proporción: el 74,4% (frente a las mujeres con tan sólo un 53%); siendo éstas las que más trabajan por la tarde (19,7% vs. 2,6% varones) y hacen más turnos rotatorios - mañana y tarde-. Todo ello también se correlaciona con la edad y la antigüedad, pues ambas variables hacen que se pueda acceder a horarios y turnos más “apetecibles”<sup>(204-205)</sup>.

En cuanto a la variable CREE QUE TIENE HHSS, aunque ambos sexos creen que Sí las poseen en un amplio porcentaje, es de destacar que sean las mujeres -las más

numerosas y principales proveedoras de atención sanitaria<sup>(206)</sup>- las que en una mayor proporción reconocen que No poseen Habilidad Social (al revés de lo que sucedía con los Alumnos) y que, además, sean las que menos CURSOS sobre HHSS han realizado; aunque no podemos obviar que -por el contrario- son las mujeres quiénes CREEN NECESARIO en un mayor porcentaje (87,9% mujeres vs. 84,6% hombres) que se realicen tales cursos en el POSGRADO (al igual que en la muestra de estudiantes).

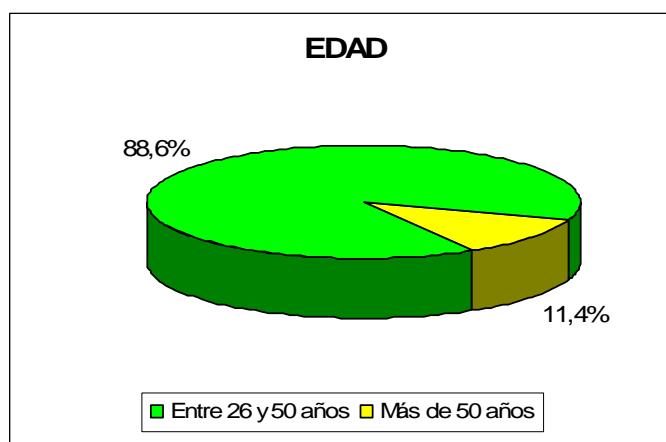
Como corolario se justifica la necesidad de formación en HHSS, tanto generales como específicas (al igual que sucedió con los alumnos), que capacite a los Fisioterapeutas en ejercicio para establecer unas relaciones interpersonales productivas en su ámbito de trabajo, tanto con el paciente cuanto con los familiares<sup>(207)</sup>; teniendo en cuenta que, en su práctica profesional, el Fisioterapeuta está íntimamente relacionado con la familia, pudiendo utilizarla como coterapeuta entre él y el paciente. Por todo ello, debe implantarse una praxis basada en un modelo holístico, consistente en la toma de consideración de las necesidades biológicas, sociales, psicológicas y espirituales de la persona dentro del contexto de la práctica sanitaria<sup>(208)</sup>; y para ello, es ineludible la formación del Fisioterapeuta en HHSS.

A este respecto -tal y como dijimos en el caso de los alumnos- sería conveniente informar al Ilmo. Colegio de Fisioterapeutas de Andalucía de la necesidad que tienen sus colegiados de recibir una formación específica encaminada a cubrir dichas carencias.

#### 6.2.1.2.- EDAD

		N	%	Total
Tónica General	Entre 26 y 50 años	93	88,6	105
	Más de 50 años	12	11,4	

Como vemos en el gráfico, se trata de una población joven, con un significativo 88,6% entre los sujetos que tienen entre 26 y 50 años y tan sólo 12 (11,4%) con más de 50 años, lo que está relacionado con la relativamente reciente implantación de los Estudios de Fisioterapia en España, primero como Especialidad de la Enfermería y, luego, como Titulación independiente.



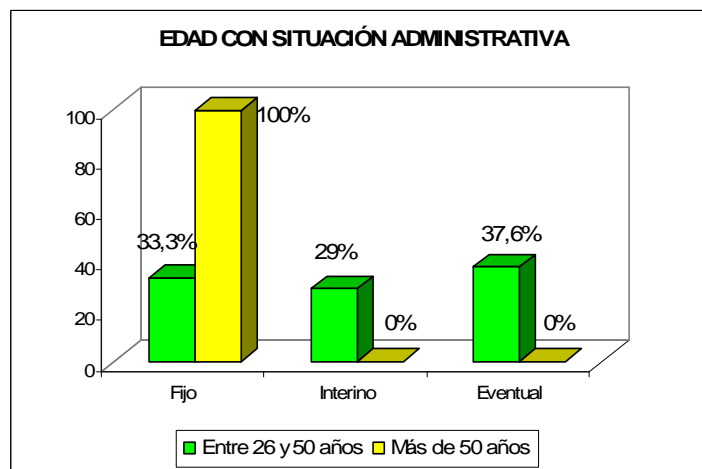
En la Universidad Gaditana, desde el curso 1972/73 y hasta el curso 1977/79, diversas promociones de A.T.S. realizaron “la Especialidad de Fisioterapia” en la Escuela de Fisioterapeutas del Sanatorio de Santa Rosalía y Beato Juan Grande (Hermanos de San Juan de Dios) adscrita a la Facultad de Medicina de Cádiz y dependiente de la Universidad de Sevilla. En 1979 se produce la separación de dicha

Universidad y la creación de la Universidad de Cádiz... siendo en el curso 1990-1991 cuando se implanta la Diplomatura de Fisioterapia en la Universidad de Cádiz<sup>(209)</sup>.

En relación a LA EDAD vs. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y RASGOS PSICOSOCIALES, obtenemos correlaciones positivas con el Sexo, Estado Civil, Número de Hijos, Experiencia laboral, Centro de trabajo y Situación administrativa. De modo que a mayor edad, los sujetos son varones, viven en pareja, tienen más hijos, más experiencia laboral, desarrollan su labor asistencial en AE y tienen mejor situación administrativa (personal fijo) -como ya vimos antes al analizar la edad-. Como ya dijimos en el punto anterior, las mujeres, son más jóvenes que los varones, no encontrando en la franja de mayor edad -más de 50 años- a ninguna.

En cuanto a la relación EDAD vs. NÚMERO DE HIJOS, también obtenemos diferencias estadísticamente significativas: así, se constata que los de mayor edad son los que tienen un mayor número de hijos; de manera que, entre los de menor edad - como era predecible- encontramos que un 39,8% no tiene hijos, el 33,3% tiene uno y el 26,9% dos o más; mientras que en el grupo de mayor edad un 66,7% tiene dos o más hijos.

Con respecto a la EXPERIENCIA LABORAL -como hemos comentado anteriormente-, son los sujetos de más de 50 años los que más experiencia laboral poseen; y, además, todos trabajan en AE y, de igual modo, su SITUACIÓN ADMINISTRATIVA es de Personal Fijo (100%), frente a los del grupo de menor edad, cuya mayoría es Personal Eventual (37,6%) , mientras que el 33,3% es Fijo y el 29% Interino (ver gráfico).



En cuanto al TURNO DE TRABAJO -como también comentamos-, casi la totalidad de los que conforman el subgrupo de “más de 50 años” desarrolla su labor en horario de mañana (83,3% vs. 58,1% entre 26 y 50 años); no apareciendo nadie dentro del grupo de mayor edad en el turno de tarde, frente a los de menor edad (15,1% tarde y 26,9% mañana y tarde).

Respecto a la variable CREE QUE TIENE HHSS, aunque una amplia mayoría de ambos subgrupos cree que Sí, el mayor porcentaje - aunque con poca diferencia- aparece entre los de mayor edad (83,3% vs. 82,8% entre 26 y 50 años); y es entre los de menor edad donde encontramos un mayor porcentaje que cree que No posee tales HHSS (17,2% de menor edad vs 16,7% mayor edad). Ahora bien, al ser una variable que se evalúa autoperceptivamente (según la percepción subjetiva de cada sujeto) no sabemos si en realidad no la poseen -por su inexperiencia laboral- o, por el contrario, los más jóvenes están más concienciados de la importancia de las HHSS y la Comunicación PS-E y, de ahí, su constatación de que creen no tenerla.



Recordemos que es sobre todo, desde hace una década, cuando más énfasis e importancia se le viene dando a estos aspectos en la formación académica de los Profesionales Sanitarios<sup>(210-211)</sup>.

Igual sucede al analizar las variables HA REALIZADO CURSOS SOBRE HHSS, y CREE NECESARIA LA REALIZACIÓN DE CURSOS EN EL POSGRADO; aunque la mayoría no los ha realizado y cree necesaria su realización en el Posgrado, son los más jóvenes los que menos los han realizado y los que en mayor proporción creen necesaria su realización, pudiendo así dominar un conjunto de HHSS que les permita crear una relación eficaz y satisfactoria tanto con los usuarios como con los propios compañeros.

Al hilo de lo visto, conviene resaltar que varias investigaciones<sup>(212-215)</sup> ponen de manifiesto una mayor vulnerabilidad al Estrés Laboral en los primeros años de desarrollo de la carrera profesional, debido precisamente a la incertidumbre, a la percepción de carga de trabajo muy elevada y al sentido de pérdida de control sobre el contexto de trabajo<sup>(216-218)</sup>; interviniendo en todo ello la percepción de la relación PS-E, y la pérdida de autoestima que genera en el PS el ser consciente de una mala Comunicación con los enfermos<sup>(219-225)</sup>.

### 6.2.1.3.- ESTADO CIVIL

		N	%	Total
Tónica General	Vive en pareja	69	65,7	105
	No vive en pareja	36	34,3	

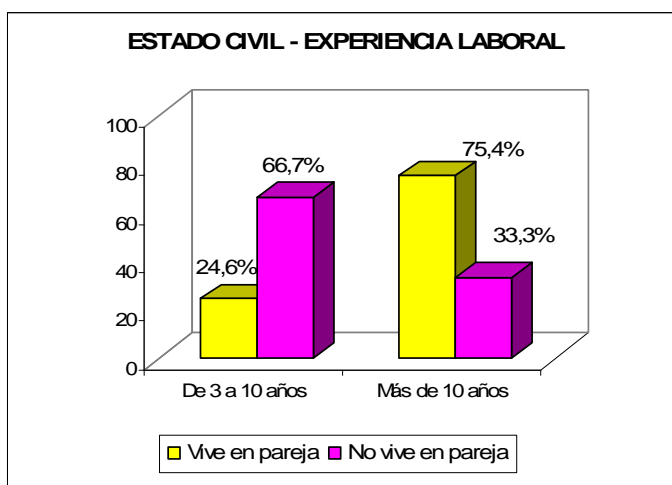
En esta variable se constata (como indica el gráfico) que la mayoría de la población (65,7%) vive en pareja.



En relación al ESTADO CIVIL vs. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y RASGOS PSICOSOCIALES, obtenemos correlaciones positivas con la Edad, con la Situación Administrativa -como ya vimos antes al constatar que correlaciona con la edad- y, en mayor medida, con el Número de Hijos y la Experiencia laboral.

En cuanto al SEXO, las mujeres mayoritariamente no viven en pareja (69,4% vs 30,6%) -como también hemos comentado anteriormente-. En relación a la EDAD, y sin olvidar que correlaciona con el Estado Civil, encontramos -y también lo hemos comentado en puntos anteriores- que los de mayor edad casi en su totalidad viven en pareja. Siendo, como era de esperar, éstos los que tienen un mayor número de HIJOS.

Respecto a la relación ESTADO CIVIL vs. EXPERIENCIA LABORAL, aparecen diferencias significativas: así -como hemos comentado- son los que viven en pareja, por su Edad, los que más Experiencia Laboral tienen frente a los que no viven en pareja. También tienen mejor SITUACIÓN ADMINISTRATIVA (turno fijo y de mañana), en correlación -igualmente- con la Edad.



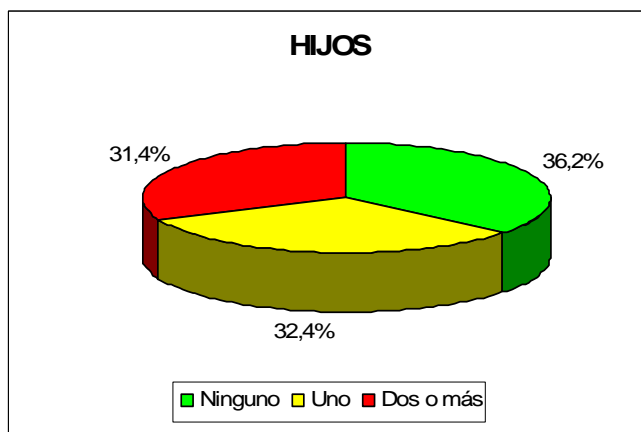
Una amplia mayoría de los que viven en pareja (85,5%) CREE QUE SÍ TIENEN HHSS, frente al 77,8% de los que no viven en pareja, donde el 22,2% no cree tener tales Habilidades.

Aunque la mayoría NO HA REALIZADO CURSOS, son los casados los que menos los han realizado y los solteros los que en mayor proporción (88,9% vs 85,5% casados) CREEN NECESARIA LA REALIZACIÓN DE TALES CURSOS EN EL POSGRADO.

#### 6.2.1.4.- NÚMERO DE HIJOS

		N	%	Total
Tónica General	Ninguno	38	36,2	105
	Uno	34	32,4	
	Dos o más	33	31,4	

Como podemos apreciar en el gráfico, aunque el 36,2% no tiene hijos, el porcentaje de los que tienen hijos es superior a los que no lo tienen.



En relación al NÚMERO DE HIJOS vs. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y RASGOS PSICOSOCIALES, obtenemos correlaciones positivas con la Edad, con el Estado Civil -comentadas en puntos anteriores- y, además, con la Experiencia Laboral y con la Situación Administrativa. De modo que, a mayor número de hijos, mayor Experiencia laboral y mejor Situación administrativa.

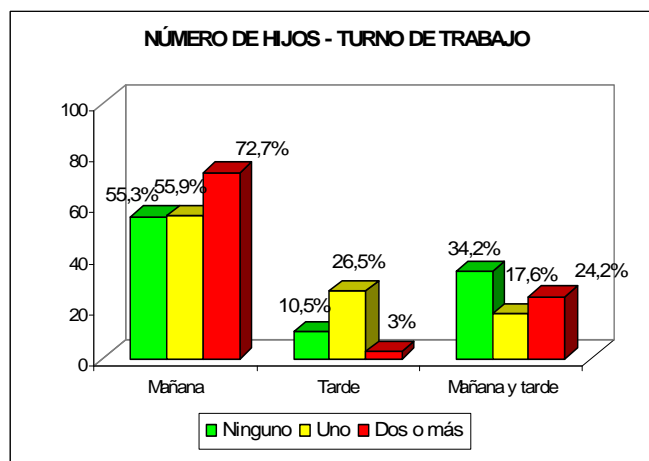
En cuanto al SEXO, en los tres subgrupos la mayoría -obviamente- la encontramos entre las mujeres, al ser mayoritarias en la muestra. Sin embargo, vemos que hay un mayor número de mujeres que tienen un hijo frente a las que

tienen dos o más; al contrario de lo que ocurre entre los varones, donde aparece un mayor número que tienen dos hijos o más . Recordemos que los varones son los de más edad y, en esas cohortes, no era frecuente sociológicamente que en España trabajaran las mujeres, por lo que la incidencia de tener varios hijos era mayor. Por el contrario, en la actualidad, el acceso de la mujer al mercado laboral y la crisis económica, -junto a otras variables ampliamente analizadas incluso por la prensa como puede ser el acceso a la maternidad de la mujer en edades más tardías- se traduce en un drástico descenso de la natalidad. De hecho, y siguiendo con el análisis, la mayoría de los que tienen un hijo o no lo tienen pertenece al grupo de menor edad; siendo los de más de 50 años los que más hijos tienen.

Los que no tienen hijos tienen menos EXPERIENCIA LABORAL (en correlación con la edad), al contrario de lo que ocurre con los que sí los tienen; aunque la mayoría, tanto de los que tienen cuanto de los que no tienen hijos, desarrolla su labor profesional en AE.

Con respecto al NÚMERO DE HIJOS vs. SITUACIÓN ADMINISTRATIVA, obtenemos diferencias significativas: siendo los que tienen más hijos los que tienen mejor situación administrativa. Así que -entre los que no los tienen- encontramos que la mayoría (47,4%) son Eventuales, seguidos por un 34,2% de Interinos y un 18,4% de Fijos. Como es fácilmente comprensible, una situación laboral administrativa eventual (casi el 50%) no es un acicate para tener hijos.

En cuanto al TURNO DE TRABAJO, podemos apreciar que en el de tarde aparece un mayor número de sujetos con un hijo y, los que no los tienen, son los que más trabajan en turnos rotatorios -mañana y tarde-, otra vez en correlación con la Edad.



En cuanto a la variable CREE QUE TIENE HHSS, aunque una amplia mayoría cree que Sí, nos encontramos con que los que tienen un hijo creen que No tienen HHSS en mayor proporción (26,5% vs. 13,2 ninguno vs. 12,1% dos o más). Al igual que ocurre con la variable HA REALIZADO CURSOS SOBRE HHSS: si bien la generalidad No ha realizado tales cursos, entre los que Sí los han realizado encontramos a un mayor número de sujetos con dos o más hijos y, como venimos comentando, la mayoría piensa que es necesaria la realización de Cursos al respecto en el POSGRADO.

#### 6.2.1.5.- EXPERIENCIA LABORAL

		N	%	Total
Tónica General	De 3 a 10 años	41	39	105
	Más de 10 años	64	61	

Como podemos observar en el gráfico, la mayoría de la muestra tiene más de 10 años de Experiencia Laboral.



En relación a la EXPERIENCIA LABORAL vs. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y RASGOS PSICOSOCIALES, obtenemos correlaciones positivas con la Edad, el Estado civil, el Número de hijos -comentadas en puntos anteriores-, la Situación administrativa y, en menor medida, con el Turno de trabajo.

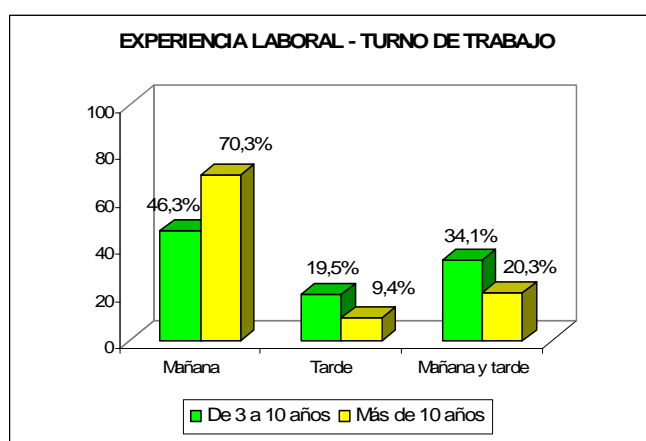
En relación con la EDAD, y teniendo en cuenta que ésta correlaciona con la Experiencia Laboral, entre los que tienen una escasa experiencia (de 3 a 10 años), como es obvio, no aparece ningún sujeto del grupo de mayor edad.

Con respecto al ESTADO CIVIL, la mayoría de los que tienen menos Experiencia Laboral no vive en pareja; al contrario de los que tienen más Experiencia Laboral

(81,3%) que sí viven en pareja (en clara correlación con la edad otra vez). De igual forma, los sujetos con mayor Experiencia tienen más hijos, y los que tienen menos Experiencia -como era de esperar- no tienen hijos en su mayoría (63,4% ninguno, 22% uno y 14,6% dos o más).

Al analizar el CENTRO DE TRABAJO, encontramos que en AP, en ambos subgrupos, el mayor número lo componen los que tienen mayor Experiencia Laboral.

Atendiendo a la relación EXPERIENCIA LABORAL vs. SITUACIÓN ADMINISTRATIVA, encontramos diferencias significativas: la mayoría (59%) de los que tienen más de 10 años de Experiencia es Personal Estatutario Fijo, mientras que entre los que tienen menos Experiencia -obviamente- la mayoría está conformada por Personal Eventual (53,7%). De igual modo una amplia mayoría de los que componen el subgrupo de más de 10 años de Experiencia Laboral (70,3%) trabaja en el turno de mañana; frente a los que tienen menos Experiencia que presentan un 46,3% en el de mañana, un 19,5% en el de tarde y un 34,1% en el de mañana y tarde.





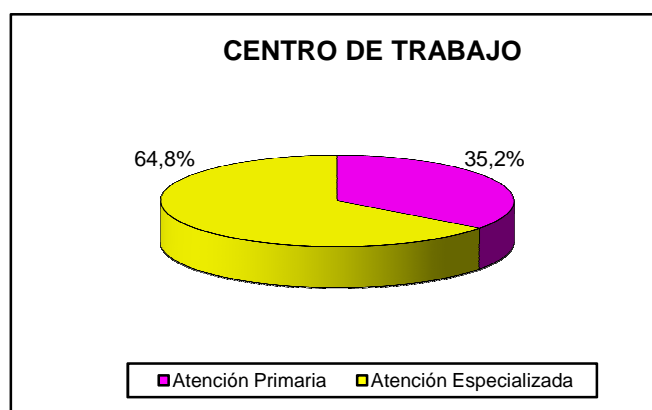
En cuanto a la variable CREE QUE TIENE HHSS o No, en ambos subgrupos una amplia mayoría cree que Sí ( el 85,9% con más de 10 años vs. el 78% de 3 a 10 años); constatándose el que, a más Experiencia, en mayor medida se percibe que se poseen dichas HHSS; de hecho, aunque la mayoría de los Fisioterapeutas no ha realizado cursos sobre HHSS, son los que tienen menos Experiencia los que los han realizado en un mayor porcentaje; coincidiendo casi la totalidad que conforma ambos subgrupos en la CONVENIENCIA DE LA REALIZACIÓN DE CURSOS AL RESPECTO EN EL POSGRADO (aunque en mayor medida los de mayor Experiencia Laboral, -el 90,6% con más de 10 años vs. el 80,5% de 3 a 10 años-) que les capacite para mantener relaciones eficaces en el trabajo, mediante una adecuada Comunicación que les ayude a evitar el estrés y las tensiones a las que se ven sometidos, cuando tienen que hacer frente a presiones grupales, manejar situaciones interpersonales conflictivas o coordinar sus esfuerzos con lo demás miembros del equipo multidisciplinar<sup>(226)</sup>... Estas experiencias y vivencias personales son las que abocan a solicitar y ver necesaria la Formación en Comunicación y el EHS y tal solicitud se hace más patente (como no podría ser de otra forma) a medida que el P.S. se enfrenta más a situaciones de este tipo; lo cual sucede cuanto más Experiencia Laboral se tiene; así, el mayor porcentaje (90,6%) se da entre los de mayor Experiencia Laboral.

Por último, en este punto, debemos reseñar que está ampliamente contrastado en la literatura al respecto que el estrés que genera esta situación de falta de HHSS, junto a la exigencia de dotar a cada paciente de un tratamiento individualizado, provoca fatiga física y emocional en todo el P.S. y, por supuesto, en los Fisioterapeutas<sup>(227-231)</sup>.

#### 6.2.1.6.- CENTRO DE TRABAJO

		N	%	Total
Tónica General	Atención Primaria	37	35,2	105
	Atención Especializada	68	64,8	

Como se constata en el gráfico, una amplia mayoría de la muestra desarrolla su labor profesional en AE.



En relación al CENTRO DE TRABAJO vs. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y RASGOS PSICOSOCIALES, hemos obtenido correlaciones positivas con la Edad (analizadas anteriormente), Situación Administrativa y, en menor medida, con las variables “Cree que tiene HHSS” y “Cree necesaria la realización de Cursos en el Posgrado”. De modo que -como hemos desarrollado ampliamente en el punto anterior- el sitio donde se desempeña la Profesión correlaciona positivamente con la Edad, y ésta lo hace a su vez con la percepción de creer tener HHSS y con el considerar necesaria la Formación específica al respecto.

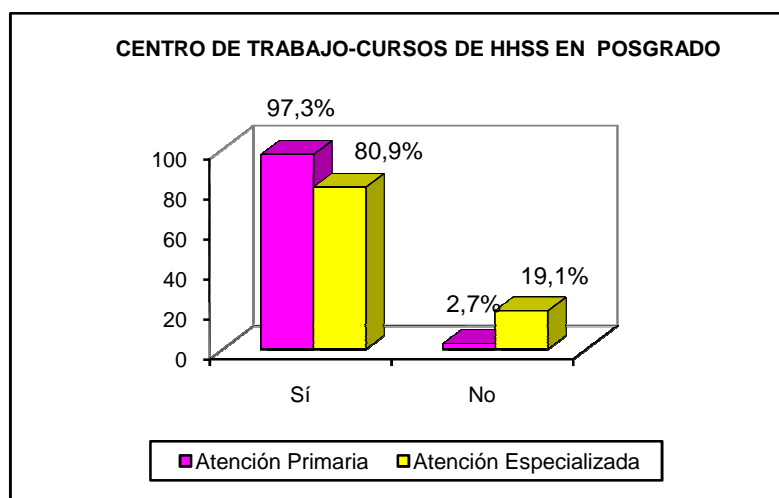
Con respecto a la EDAD, en AP no aparece nadie con más de 50 años; y, en cuanto al número de HIJOS, la mayoría de los que trabajan en AE los tiene -en clara

correlación con la Edad y con lo ya explicado-; mientras que los que trabajan en AP -los más jóvenes- tienen menos hijos o ninguno.

En cuanto a la SITUACIÓN ADMINISTRATIVA, en AE -como era de esperar también- la mayoría (57,4%) son Fijos y, en el caso de AP, el mayor porcentaje es de Interinos (51,4%). Atendiendo al TURNO DE TRABAJO, podemos decir que tanto en AP como en AE la mayoría trabaja en el turno de mañana (64,7% AE vs. 54,1% AP).

En relación a la variable CREE QUE TIENE HHSS, observamos como en AE consideran que Sí en un mayor porcentaje (88,2% AE vs. 73% AP), presentando también el mayor porcentaje (70,6% AE vs. 62,2% AP) en cuanto a No haber realizado Cursos al respecto... Tal vez la experiencia y la relación interpersonal del día a día profesional les haya “formado” en tales Habilidades pese a no haber realizado Cursos sobre las mismas...o tal vez, simplemente, se trate de una falsa autopercepción en virtud de la cual creen tener tales Habilidades, sin tenerlas.

En el análisis de la variable CREE NECESARIA LA REALIZACIÓN DE CURSOS EN EL POSGRADO, encontramos que es entre los que trabajan en AP donde aparece el mayor porcentaje de los que Sí creen necesaria tal formación (97,3% AP vs 80,9% AE); siendo -curiosamente- los que más Cursos han realizado al respecto (37,8% AP vs. 29,4% AE), como viene siendo evidente hasta ahora, pues, a medida que se han efectuado más cursos de HHSS, más se percibe la importancia de éstos y con mayor énfasis se subraya su necesidad.

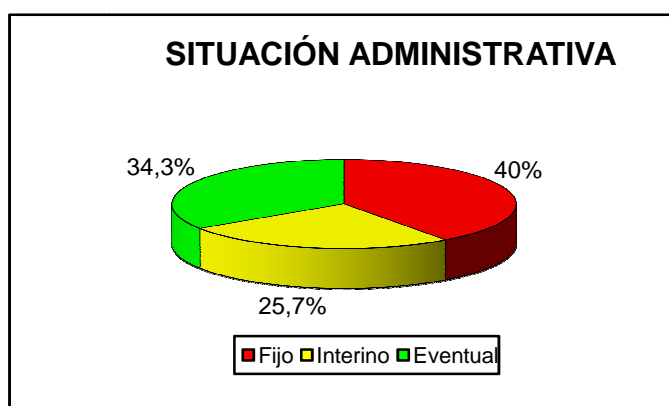


Ahora bien, debemos admitir que tanto la AP como la AE constituyen diferentes modelos de “encuentros sociales” en la interacción PS-E<sup>(232-236)</sup>, lo cual también puede influir en estos resultados obtenidos. Estos distintos encuentros sociales<sup>(237-240)</sup> están articulados en torno a la Comunicación entre Profesionales de la Salud y Paciente/Cliente/Usuario (en nuestro caso F-E); y, en este sentido, pueden darse problemas de comunicación e insatisfacción, tanto por parte de unos como de otros: De hecho, en el ámbito de los Servicios Sanitarios, son muchos los problemas que se originan cuando la Comunicación es mala, apresurada e impersonal<sup>(241-243)</sup>, lo cual provoca déficits a lo largo del proceso asistencial o de asesoramiento<sup>(244-246)</sup>; por todo ello, es necesaria la inclusión en la formación de Posgrado y Pregrado (como ya hemos dicho que sucede en los nuevos Planes del Grado en Fisioterapia) de Cursos sobre HHSS<sup>(247-249)</sup> que les capaciten para las situaciones de interacción diarias. Por lo que resulta descorazonador el que digan que No los precisan -en mayor medida- precisamente los que No los han realizado, y -paradójicamente- Sí evidencien su necesidad precisamente los que Sí los han realizado.

#### 6.2.1.7.- SITUACIÓN ADMINISTRATIVA

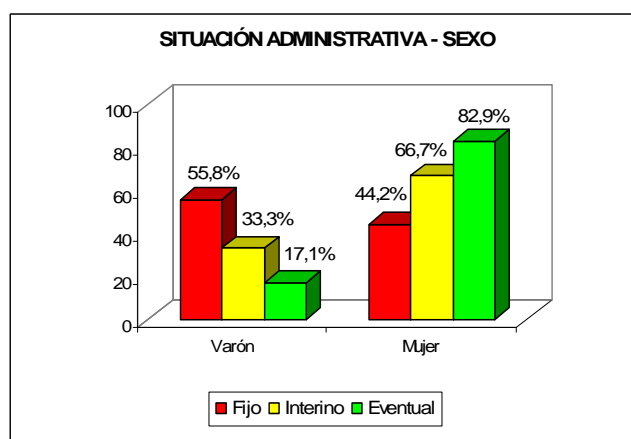
		N	%	Total
Tónica General	Fijo	42	40	105
	Interino	27	25,7	
	Eventual	36	34,3	

Como vemos, el Personal Fijo conforma el subgrupo más numeroso de la población analizada -como muestra el gráfico- seguido del Personal Eventual y los Interinos.



En relación a la SITUACIÓN ADMINISTRATIVA vs. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y RASGOS PSICOSOCIALES, hemos obtenido correlaciones positivas (además de con el Sexo, la Edad, el Estado civil, el Número de hijos, la Experiencia laboral y el Centro de trabajo, ya analizadas) con el Turno de trabajo: de modo que a mejor situación administrativa, mejor turno de trabajo (en relación -qué duda cabe- con la Edad).

Por SEXOS, y teniendo en cuenta que hemos encontrado correlaciones positivas entre éste y la Edad, entre el Personal Fijo encontramos un mayor porcentaje de varones (al ser éstos mayores); mientras que en los demás subgrupos la mayoría son mujeres, sobre todo entre los Eventuales (82,9% mujeres vs. 17,1% varones).



En cuanto a la EDAD -como era de esperar- y sin ser mayoría, entre el Personal Fijo están todos los que conforman la franja de mayor edad.

Al analizar el ESTADO CIVIL, y como venimos comentando, aunque la mayoría “vive en pareja”, encontramos -obviamente- que el mayor porcentaje aparece entre el Personal Fijo (76,7%) y, la mayoría de los que no vive en pareja, es Personal Eventual.

Como es evidente, el Personal Fijo tiene mayor EXPERIENCIA LABORAL, y como hemos dicho, desarrolla su actividad profesional, casi en su totalidad, en AE (90,7%).

En relación a la pregunta CREE QUE TIENE HHSS, como venimos diciendo, una amplia mayoría cree que Sí, siendo el Personal Fijo (el de más Edad) el que lo cree en una proporción superior. Pero, en cuanto a la REALIZACIÓN DE CURSOS, es de

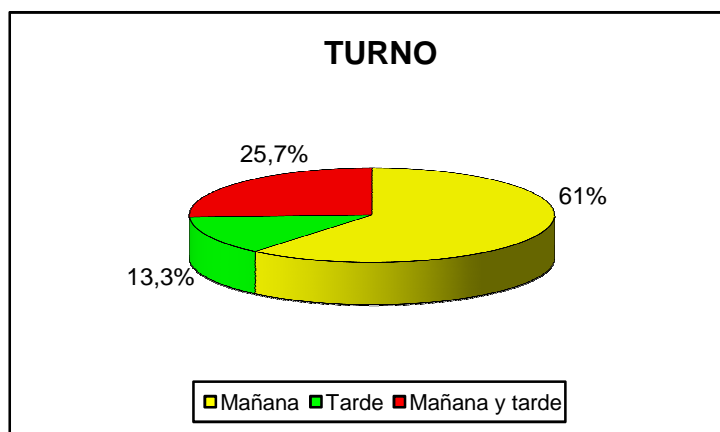
destacar que la mayoría de los Interinos ha realizado Cursos sobre HHSS (55,6%) frente a los demás subgrupos, donde la mayoría no los ha realizado (80% Eventual vs. 72,1% Fijo).

En lo que se refiere a la variable CREE NECESARIA LA REALIZACIÓN DE CURSOS EN EL POSGRADO, la mayoría de ambos subgrupos responde que Sí; reflejando un mayor porcentaje los Interinos (92,6%) -pese a ser los que más Cursos han realizado, como hemos destacado con anterioridad-. Como explicación, existen referencias (en la escasa bibliografía encontrada) acerca de que las diversas dimensiones de la relación terapéutica se olvidan, a veces, en la preparación y la práctica de los Fisioterapeutas<sup>(250)</sup>; así, con frecuencia, dichos Profesionales tienden a considerar la Comunicación como un subproducto en la terapéutica y no creen que sea una tarea ni una praxis sanitaria en sí misma. Pero afortunadamente, en la actualidad, la mayoría de nuestros Profesionales ya son conscientes de que para desarrollar una relación terapéutica fructífera son esenciales las HHSS<sup>(251)</sup>; percibiendo, además, que éstas son cruciales en las fases más críticas del proceso terapéutico (como, a título de ejemplo, la comunicación de Malas noticias<sup>-252-</sup>).

#### 6.2.1.8. HORARIO/TURNO

		N	%	Total
Tónica General	Mañana	64	61	105
	Tarde	14	13,3	
	Mañana-Tarde	27	25,7	

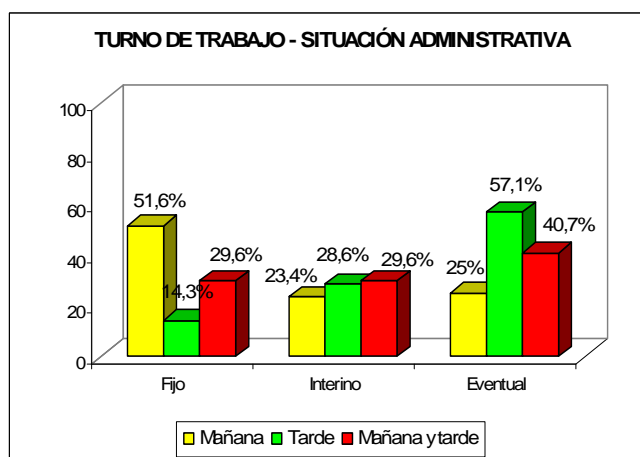
En relación al TURNO DE TRABAJO, como indica el gráfico, la mayoría trabaja en horario de mañana; seguida por los que lo hacen en turnos de mañana/tarde y por los que realizan su actividad en horario de tarde.



Aquí hemos encontrado correlación positiva con la Experiencia Laboral y la Situación administrativa, comentadas anteriormente: También, por SEXOS, aunque en todos los turnos las mujeres son mayoritarias, la muestra revela que los hombres trabajan en su mayoría en el turno de mañana (45,3%) en virtud de su mayor antigüedad. Por ello, en cuanto a la EDAD, el grupo de mayor edad en su gran mayoría, trabaja en el turno de mañana (15,6% vs. 0% tarde vs. 7,4% mañana/tarde), que es el más apetecible y deseado.



Tras el análisis de varianza, como era de esperar en virtud de lo dicho, encontramos diferencias significativas en relación al TURNO DE TRABAJO vs. SITUACIÓN ADMINISTRATIVA, de modo que en el turno de mañana trabajan los que son Personal Fijo y en el de tarde y mañana-tarde los que son Personal Eventual.



En los tres subgrupos una amplia mayoría CREE QUE SÍ TIENE HHSS, NO HA REALIZADO CURSOS AL RESPECTO y CREE CONVENIENTE LA REALIZACIÓN DE ÉSTOS EN EL POSGRADO.

#### 6.2.1.9.-CREE QUE TIENE HHSS

		N	%	Total
Tónica General	Sí	87	82,9	105
	No	18	17,1	

Se constata (como indica el gráfico) que una amplia mayoría de la población (82,9%) cree que Sí tiene HHSS; no pudiéndose obviar que un 17,1% cree No tenerlas.

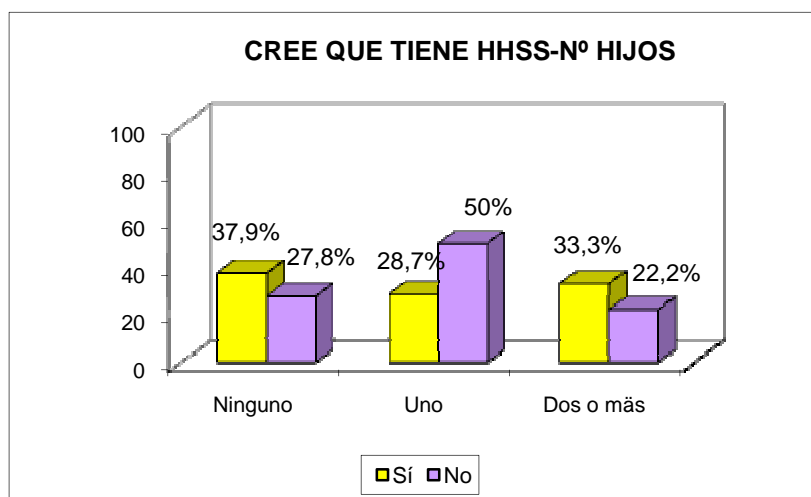
El dato es importante (al margen de que los que creen que Sí las poseen, en realidad las tengan) puesto que la ausencia de dichas Habilidades puede provocar la insatisfacción del Usuario y su desconfianza hacia las competencias técnicas del Profesional<sup>(253-272)</sup>; amén de entorpecer la relación F-E. Además, como ya hemos indicado, son muchas las ventajas que se derivan de mantener relaciones interpersonales eficaces en el trabajo, tanto para el Profesional como para la Organización en la que desarrolle su labor<sup>(273-274)</sup>.



En relación a la EDAD se aprecia que, a medida que aumenta la Edad, en mayor medida se cree tener HHSS. Aunque esa percepción correlativa a la Edad puede ser

una falsa percepción y un claro “espejismo”, pues como describe Argyle<sup>(275)</sup>, las HHSS, una vez adquiridas, se mantendrán o no dependiendo de los procesos de maduración y de las experiencias de aprendizaje en cuanto a éxitos y fracasos en las interacciones con los otros. De modo que, cuanto más experiencia tenga un individuo en una situación, más dependerá su conducta social de lo que haya aprendido a hacer en esa situación y menor será la contribución aparente de su temperamento. Por el contrario, si la situación es nueva y no sabe mucho de ella, el temperamento (en los jóvenes) sería el factor predictor más importante. Y es que, a la postre, las HHSS se aprenden<sup>(276-279)</sup>, y en este proceso juega un papel fundamental la interacción entre factores intrínsecos a la persona y factores ambientales y situacionales.

Respecto al número de HIJOS, encontramos que entre los que creen que Sí poseen HHSS, el mayor porcentaje lo presentan aquéllos que no tienen hijos (37,9%). Sin embargo, entre los que han respondido que No, la mayor proporción aparece entre los que tienen un hijo (50%) -como hemos comentado-. Este dato merece ser destacado, puesto que no sólo es importante contar con HHSS a nivel laboral (en todos los campos y, sobre todo -y p.ej:- a la hora de comunicar Malas noticias<sup>-280-283-</sup> como hemos dicho) sino también para educar a nuestros hijos, establecer una relación íntima con otra persona y para llevarnos mejor con nuestros padres, amigos, etc. El grado de Habilidad Social que poseamos en cada una de estas áreas específicas será, en buena medida, determinante de nuestro comportamiento en ellas<sup>(284)</sup>, tanto a nivel familiar como a la hora de manejar y enfrentarnos a problemas de tipo social y personal, y todo ello repercutirá en la praxis laboral<sup>(285)</sup>.



En relación a la EXPERIENCIA LABORAL, entre los que creen que Sí tienen HHSS, la mayoría tiene más de 10 años de Experiencia; apareciendo también diferencias significativas con el CENTRO DE TRABAJO, en base a la Edad -como ya vimos- de modo que los sujetos que creen tener HHSS trabajan mayoritariamente en AE, son mayoritariamente Personal Fijo, tienden a trabajar en el TURNO de mañana, el 66,7% de ellos no ha realizado cursos sobre HHSS y el 86,2% CREE NECESARIA la realización de los mismos EN EL POSGRADO.

Entre los que creen que No las poseen, la mayoría (55,6%) trabaja en AP, es Personal Eventual (son más jóvenes); no ha realizado Cursos al respecto, aunque casi en su totalidad (88,9%) creen necesaria la realización de los mismos en el Posgrado.

No olvidemos que al analizar la Comunicación como proceso bidireccional que es, ésta también debe ser abordada desde la perspectiva de los Pacientes, constatándose el que muchos no poseen tampoco HHSS; de este modo, el P.S. (y entre ellos, los Fisioterapeutas) debe también adoptar el papel de entrenador cultural y/o formador en dichas Habilidades, enseñando y socializando en la subcultura

hospitalaria a los Pacientes<sup>(286-287)</sup>; máxime en una sociedad globalizada y multiétnica como la Occidental<sup>(288)</sup>; pero para ello, claro está, se ha de estar previamente formado; así, desde los años 70 han proliferado propuestas de Programas Específicos de Formación en HHSS para el P.S. con una alta eficacia contrastada<sup>(289-300)</sup>; incorporándose estos EHS en los programas oficiales de los curricula de los futuros sanitarios, según recomienda el “Informe de consenso de Toronto sobre comunicación médico-paciente”<sup>(301-302)</sup>; lo cual es algo usual en las Facultades de Medicina y Enfermería Norteamericanas desde hace tiempo y algo más anecdótico en Europa (salvo en Gran Bretaña); siendo -como dijimos- las Diplomaturas de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Cádiz<sup>(303-310)</sup>, las primeras en España en introducir tal formación como disciplina oficial optativa ofreciéndose también como disciplina de Libre Configuración a los alumnos de Medicina, con gran aceptación.

#### 6.2.1.10.-HA REALIZADO CURSOS DE HHSS

		N	%	Total
Tónica General	Sí	34	32,4	105
	No	71	67,6	

Como podemos apreciar en el gráfico, el dato es descorazonador habida cuenta que la mayoría de nuestros Fisioterapeutas en ejercicio No ha realizado Cursos sobre HHSS (el 67,6% frente a un 32,4% que Sí los ha realizado).

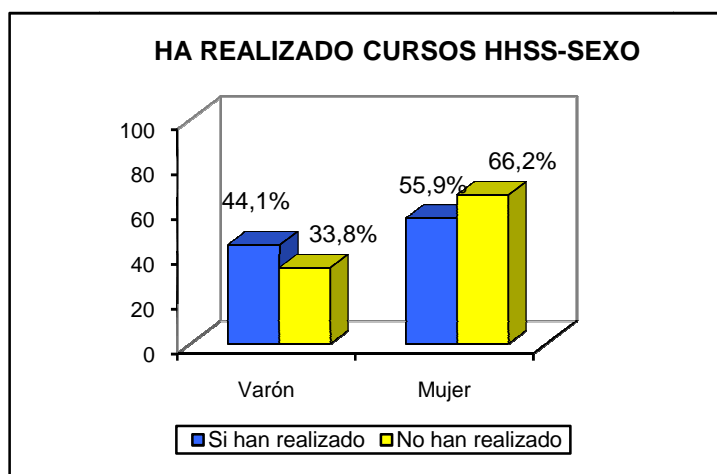


Explicamos el calificativo de “descorazonador” del dato en base a que tal formación es tan necesaria -como tantas veces hemos dicho ya- como la formación en las diversas técnicas fisioterapéuticas; siendo indispensables ambas<sup>(311)</sup>, tal vez en mayor medida, en los Fisioterapeutas puesto que, a diferencia de otros Profesionales de la Salud, tienen un contacto corporal directo con el Enfermo; con lo cual, el establecimiento de una relación interpersonal ajustada a las necesidades coyunturales de cada caso (F-E) no es meramente una cuestión de mero adorno o

“puesta en escena”, sino que forma parte consustancial de la atención asistencial dado que incide directamente en el proceso terapéutico<sup>(312)</sup>.

Ahora bien, si pasamos al análisis con respecto al SEXO, observamos que el mayor porcentaje de No realización de tales Cursos lo presentan las mujeres (66,2% vs.33,8% varones), lo cual tiene un calado especial si recordamos que las mujeres son precisamente las más numerosas y principales proveedoras de atención sanitaria<sup>(313)</sup> -como hemos comentado en puntos anteriores- lo cual justificaría, con más énfasis, la necesidad de la realización de tales Cursos; pues la “consecución de un contexto psicosocial apropiado para el tratamiento constituye una misión fundamental de todo Profesional Sanitario”<sup>(314-315)</sup>.

Como sucede en cualquier tipo de fenómeno interpersonal<sup>(316)</sup>, la motivación del Paciente para trabajar en la recuperación del movimiento perdido y, por ende, de sus roles sociales, es el resultado de la interacción entre éste y el Fisioterapeuta. Por eso es conveniente que, en vez de considerar la motivación del paciente como una cualidad innata que trae consigo a la sesión de tratamiento, es más útil considerarla como el resultado de la interacción comunicativa eficiente entre F-E.



Con respecto a la EXPERIENCIA LABORAL, los que tienen más de 10 años de experiencia (los más mayores) son los que menos Cursos han realizado: el 62%; aunque tal vez influya bastante en este resultado el que en los antiguos Planes de Estudios no se ofreciera la disciplina que comentábamos en el capítulo anterior. A tenor de esto, se vuelve a hacer patente la posibilidad/necesidad de advertir al Ilmo. Colegio de Fisioterapeutas de esta vicisitud, y el ofrecerle la posibilidad de una Formación “ad hoc”.

Un aspecto importante a tener en cuenta, además, es que la aplicación de lo aprendido en dichos Cursos ayudaría al Profesional de la Fisioterapia a desarrollar su labor en los distintos contextos de interacción, tanto en el de AE cuanto en el de AP, de forma diferencial; puesto que generan exigencias distintas -como ya se ha comentado- dado que la praxis sanitaria está modulada por el entorno de ese Sistema<sup>(317-318)</sup> (contexto sociocultural del Hospital y/o Centro de Salud) y por el propio Sistema Interno del mismo, tanto en sus aspectos organizativos y jerárquicos -formales e informales- cuanto por su estructura de roles, canales de comunicación, relaciones inter e intragrupos; en suma, su subcultura. Este marco distinto genera problemas de adaptación y patrones específicos de respuesta ampliamente analizados por la Psicología de la Salud<sup>(319-321)</sup>. Además, cuando los Profesionales que trabajan de forma conjunta y coordinada poseen HHSS, la cohesión y la competencia grupal son mayores, lo que facilita el trabajo en equipo y evita la aparición de conflictos interpersonales y grupales<sup>(322)</sup>.

Como hemos comentado en puntos anteriores, una amplia mayoría CREE QUE TIENE HHSS, aún no habiendo realizado una formación específica al respecto; lo que

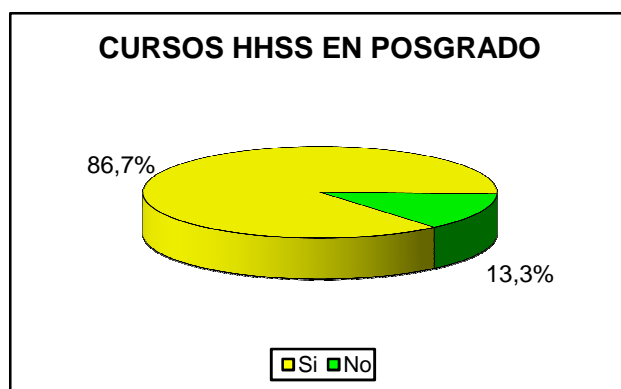


las más de las veces suele ser una autopercepción triunfalista o, cuanto menos, optimista...en virtud de ello Sí creen necesaria la realización de CURSOS EN EL POSGRADO, de forma absolutamente mayoritaria (88,2%) -como veremos en el punto siguiente-.

#### 6.2.1.11.- CURSOS DE HHSS EN POSGRADO

		N	%	Total
Tónica General	Sí	91	86,7	105
	No	14	13,3	

Como indican las tablas y el gráfico, una amplísima mayoría de la muestra (el 86,7%) cree necesaria la realización de Cursos sobre HHSS en el Posgrado.



Parece ser, pues, que los Fisioterapeutas son conscientes de tal carencia y de la importancia de conocimientos, habilidades y destrezas de este tipo en su formación; siendo conocedores de que el proceso de Fisioterapia depende mucho de la interacción F-P, en la cual, una comunicación adecuada es también terapéutica por sí misma<sup>(323)</sup>.

El Modelo Biomédico reduccionista que ha prevalecido, por desgracia, las más de las veces en la práctica fisioterapéutica, favorece el estudio del cuerpo como simple objeto. Esto aísla en buena medida al Paciente de su contexto, al ignorarse o pasar por alto aspectos sustanciales y determinantes de su condición, producto de su historia personal, social y cultural<sup>(324)</sup>. En este marco, desde los años 70 del siglo XX, surge de

la mano de Engel el actual modelo que conceptualiza al ser humano como un sujeto Biopsicosocial<sup>(325)</sup>.

El Fisioterapeuta -en el marco Biomédico y no BÍopsicosocial- ha sido formado en un saber experto que lo avala como potencial agente solucionador de problemas relacionados con el movimiento del cuerpo; pero las consideraciones al respecto de diversos autores<sup>(326-331)</sup> apuntan a que todo Terapeuta debe abrirse también a la Comunicación, estar atento a lo que dice el Paciente, captar sus dolores, emociones y angustias; ya que, además de saber cómo vive en ese momento su enfermedad, se inicia un proceso terapéutico que exige la comprensión de la totalidad BÍopsicosocial de la persona, no sólo el funcionamiento de un órgano o el curso de una enfermedad.

No podemos olvidar que, a diferencia del tipo de relación que puede establecerse con otros Profesionales de la Salud, el Fisioterapeuta tiene un contacto corporal directo con el Paciente; con lo cual, la formación en HHSS debe orientarse a mejorar los procesos de Comunicación entre F-P, fenómeno que no sólo involucra al Lenguaje Verbal como acto comunicativo, sino que en nuestro caso, también implica al Lenguaje Corporal No Verbal<sup>(332-333)</sup>.

Con respecto a la EDAD, todas las cohortes están a favor de tales Cursos, siendo los más enfáticos en dicha afirmación los más jóvenes (89%) y -en el otro extremo- los de mayor edad (casi el 100%).

En cuanto a la EXPERIENCIA LABORAL, los Profesionales que tienen más Experiencia (y, por ende, ya se han “enfrentado” al contacto con Pacientes) los creen necesarios en mayor medida (63,7%) que los que tienen menos Experiencia (36,3%); y, entre los que piensan que No es necesaria tal realización, la mayoría la refleja

precisamente el grupo con menor Experiencia Laboral, lo que nos vuelve a indicar cómo la Experiencia Laboral despierta -por el contacto diario con los Pacientes- tal necesidad.

Al analizar la variable CREE QUE TIENE HHSS, podemos observar que los que creen que Sí las poseen afirman en un mayor porcentaje (82,4%) que es necesaria la realización de dichos Cursos en el Posgrado frente a los que piensan que No tienen tales HHSS.

En cuanto a la variable HA REALIZADO CURSOS SOBRE HHSS, podemos observar que, entre los que afirman la necesidad de tales Cursos, el 67% no ha realizado ninguno, frente al 33% que sí los ha realizado; pero, entre los que piensan que No, la inmensa mayoría no ha realizado tales Cursos (...en la línea del adagio clásico, según el cual el desconocimiento nos hace osados; puesto que los que más precisarían tales Cursos son los que con menor énfasis los solicitan).

A la vista de lo analizado hasta ahora, el dato de que un alto porcentaje de nuestros Profesionales de la Fisioterapia no haya realizado Cursos sobre HHSS y tenga carencias al respecto -pues, como veremos a continuación, su nivel medio de Asertividad no está en la franja deseable para el P.S.- tiene un especial significado negativo; es bien cierto que la mayoría de los que se dedican a las Profesiones de Ayuda, como es el caso de los Fisioterapeutas, presentan un alto grado de motivación y vocación por su trabajo<sup>(334)</sup>; pero, en no pocas ocasiones, cuando se producen frustraciones o sobrecarga laboral (y en ello funcionan como amortiguadoras, en gran medida, sus capacidades Comunicativas y de Interacción personal -como ya vimos-), sus reacciones iniciales consisten en acrecentar sus esfuerzos para seguir asumiendo

el reto de su trabajo, tratando de compensar con este sobreesfuerzo el sufrimiento psicológico que les supone. En algunos casos<sup>(335)</sup>, esta respuesta es inocua para su Salud Mental; pero, en otros muchos, puede llegar a ser contraproducente y conducir a largo plazo al desarrollo de fatiga física y emocional y al Síndrome del Burnout<sup>(336-349)</sup>. Con lo cual, no es que se vea alterada la relación PS-E -como ya vimos antes-, lo que ya es grave en sí mismo, sino que, además, está en juego la Salud del propio Profesional abocado a la Ansiedad y/o Depresión.

En virtud de todo ello, vemos cómo se ve afectado tanto el Profesional como el Usuario, así como la Organización donde se desenvuelve su trabajo; y es que el ambiente laboral sanitario, Hospitalario y de Atención Primaria, es extremadamente estresante; estando el P.S. enfrentado cotidiana y constantemente a las demandas físicas y emocionales de los pacientes, la mayoría de las veces -como hemos visto y constata la literatura- sin tener formación específica en HHSS<sup>(350)</sup>.

Por todo ello, pensamos que el hecho de que el Profesional de la Fisioterapia cuente con HHSS que le ayuden a adaptarse e integrarse en el grupo Profesional, a desarrollar sentimientos de pertenencia grupal, a mantener una buena Interacción y Comunicación con sus Pacientes y a buscar y solicitar apoyo social, contribuirá sin duda a que se sienta más seguro, más competente y -a la postre- mejor Profesional; de modo que así prevenga, amortigue y reduzca sus posibles experiencias de Estrés Laboral crónico y Burnout con sus corolarios psicopatológicos centrados principalmente en la Ansiedad y la Depresión<sup>(351-356)</sup>.

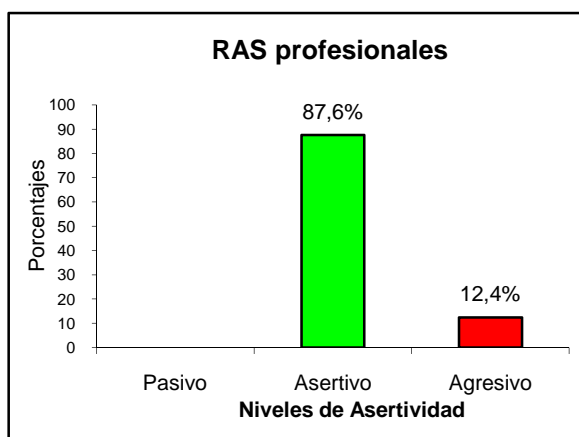
## 6.2.2.- ANÁLISIS DE LAS VARIABLES PSICOLÓGICAS.-

### 6.2.2.1. ASERTIVIDAD

		N	%	Total
<b>Tónica General</b>	Pasivo	0	0	105
	Asertivo	92	87,6	
	Agresivo	13	12,4	

$$\overline{X} : 7,45 \quad \sigma x: 16,65$$

Como vemos en el gráfico, los Profesionales de la Fisioterapia reflejan mayoritariamente un estilo de conducta Asertivo (87,6%), aunque un 12,4% manifiesta una conducta agresiva, completamente indeseable e inadecuada en un Profesional de la Salud, dado que el manejo habitual de un estilo de comunicación Asertivo es la clave para mantener una relación interpersonal de calidad<sup>(357-363)</sup> F-P y el estado Agresivo tan sólo consigue generar tensión, frustración y quejas en el Paciente y/o sus familiares<sup>(364-368)</sup>.



Los resultados generales obtenidos en la Escala de Asertividad de Rathus<sup>(369)</sup>, reflejan una media general de 7,45, lo que nos revela que los Profesionales -al igual que los Alumnos- poseen un estilo de conducta moderadamente asertivo (asertividad

media -nivel 4-); cuando en los Profesionales de la Salud lo deseable sería un nivel 5, como nos indican las investigaciones al respecto<sup>(370-371)</sup>. Además, la amplia desviación típica nos indica la existencia de grandes diferencias individuales...Este resultado confirma lo que tantas veces hemos dicho en este estudio: ¡La necesidad de una mayor formación y desarrollo de las HHSS en nuestros Profesionales¡.

Atendiendo a la relación ASERTIVIDAD vs. SEXO, vemos que los varones tienden a ser menos asertivos que las mujeres (al igual que en la muestra de los Alumnos).

Con respecto a la relación ASERTIVIDAD vs. EDAD, vemos que el grupo de mayor edad tiende a ser el más asertivo. De manera que, conforme los sujetos tienen más edad, van presentando una conducta más asertiva; lo que se explica si atendemos a que la Asertividad, como conducta susceptible de ser aprendida, es perfeccionada a lo largo de los años a través de la experiencia<sup>(372-373)</sup>...Aunque no podemos olvidar que a más Edad mayor Experiencia Laboral también.

Siguiendo con el análisis por subgrupos, observamos cómo estos datos medios no cambian significativamente ni según el ESTADO CIVIL, ni el NÚMERO DE HIJOS; en cuanto a la EXPERIENCIA LABORAL, es de destacar que los sujetos con menos experiencia son bastante menos asertivos (5,65 de 3 a 10 años vs. 8,60 más de 10 años), como era de esperar y hemos dicho en el punto anterior; de modo que, los de mayor edad, han podido desarrollar la conducta Asertiva como resultado de la maduración y el aprendizaje obtenido a lo largo de los años<sup>(374-375)</sup>.

En lo tocante al CENTRO DE TRABAJO, los Profesionales que desarrollan su labor asistencial en AE son menos asertivos que los que trabajan en AP. En clara coherencia

con lo anterior es el Personal Fijo -que se encuentra en la franja de edad de entre 26 y 50 años- el que refleja menos asertividad (6,14 de media en AE y 9,86 en AP).

En cuanto a la variable CREE QUE TIENE HHSS, aunque sin diferencias significativas, observamos cómo los Profesionales que creen poseerlas, son menos asertivos que los que creen que No las poseen (al igual que sucedía en la muestra de los Alumnos); con lo que otra vez se constata la diferencia entre la percepción subjetiva al respecto y la realidad objetiva constatada en el RAS.

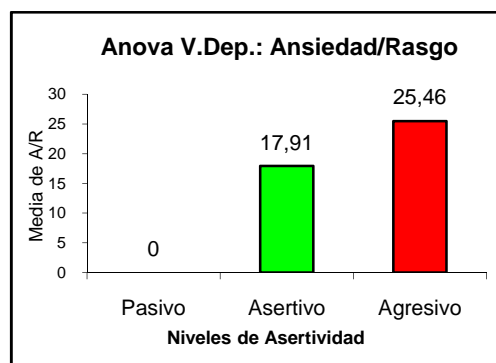
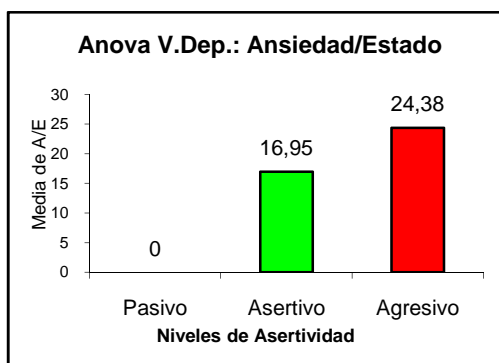
Con respecto a la variable HA REALIZADO CURSOS SOBRE HHSS, vemos que los que no han realizado tales Cursos son menos asertivos que los que sí los han realizado (6,28 de media en los que no los han realizado vs. 9,91 en los que sí). Este dato nos reafirma en nuestro énfasis acerca de la realización de tales Cursos.

Por fortuna, los Profesionales menos asertivos SÍ CREEN NECESARIA LA REALIZACIÓN DE CURSOS AL RESPECTO EN EL POSGRADO; dado que, como conocedores de la necesidad e importancia de las HHSS en su quehacer diario, son conscientes y posiblemente víctimas de la carencia de éstas.

En relación a la ASERTIVIDAD vs. DEPRESIÓN, observamos que los profesionales menos asertivos tienden a manifestar Depresión -según el BDI- en la categoría Moderada, lo cual está ampliamente constatado en la literatura al respecto<sup>(376-379)</sup>.

Con respecto a la relación ASERTIVIDAD vs. A/E y A/R, sí aparecen diferencias significativas; de modo que, los sujetos menos asertivos, obtienen niveles altos de Ansiedad Estado y Rasgo -como ya se ha comentado en apartados anteriores-.





Con respecto a la relación ASERTIVIDAD vs. ESTRÉS LABORAL, también obtenemos diferencias significativas; de modo que los sujetos menos asertivos obtienen niveles más altos de Estrés Laboral.

Como hemos visto hasta ahora, los Profesionales menos asertivos son los que presentan más Depresión, Ansiedad y Estrés Laboral. Todo ello repercute negativamente en la calidad de la asistencia<sup>(380-382)</sup> que proporcionan al usuario y a su familia; y además, afecta al clima laboral donde desarrollan dicha tarea (conflictos interpersonales e intergrupales), poniendo en peligro así el propio grupo y la Institución<sup>(383-384)</sup>, además de sufrir ellos mismos estos estados psicopatológicos.

Por consiguiente, estos Profesionales necesitan una preparación sólida en estrategias de afrontamiento comportamental<sup>(385-386)</sup> y, más concretamente, en HHSS<sup>(387-390)</sup> -mediante Cursos de EHS<sup>(391-396)</sup>- para poder reducir el estrés que se produce en las interacciones con los demás, aprender a defender sus derechos sin agredir ni ser agredido y poder establecer una relación interpersonal adecuada, lo que redundará en una mejora del proceso terapéutico<sup>(397-399)</sup> y en una mayor satisfacción del paciente<sup>(400-406)</sup> por el servicio prestado, a la vez que aumentará su

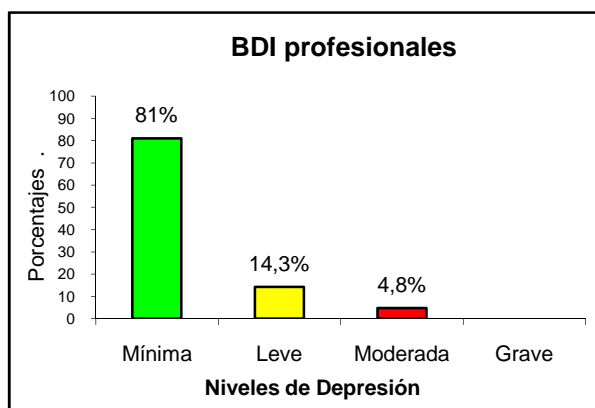
satisfacción laboral y autoestima<sup>(407-408)</sup>, disminuyendo, por ende, sus rasgos psicopatológicos.

#### 6.2.2.2. -DEPRESIÓN

		N	%	Total
<b>Tónica General</b>	Mínima	85	81	105
	Leve	15	14,3	
	Moderada	5	4,8	
	Grave	0	0	

$$\bar{X} : 6,25 \quad \sigma x: 5,34$$

Como nos ilustra el gráfico, la mayoría de la muestra de Profesionales (el 81%) por fortuna no presenta Depresión; aunque sí aparecen porcentajes importantes en las categorías de Depresión Leve (14,3%) y Moderada (4,8%); totalizando un 19% con rasgos clínicos depresivos mensurados objetivamente mediante el BDI; no apareciendo -como era de esperar- nadie en la Categoría Grave (en tal caso estarían de baja laboral).



En cuanto a la media general (6,25), los Profesionales presentan un nivel “Mínimo e Inexistente” de Depresión en el BDI, según los valores normativos de Vázquez y Sanz<sup>(409)</sup> y los rangos de Beck y Steer<sup>(410)</sup>.

Al relacionar DEPRESIÓN vs. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, los resultados no muestran diferencias significativas; aunque sí aparecen puntuaciones superiores

-dentro de las categorías Mínima e Inexistente de Depresión- en las mujeres, en contra de lo que predica la literatura al respecto, que suele coincidir en apuntar una mayor incidencia depresiva en las mujeres<sup>(411-415)</sup>...Tal vez la Autoestima y Autorrealización que les supone a las mujeres ejercer la Fisioterapia -campo eminentemente masculino hasta hace poco- les amortigue y prevenga de esta condición psicopatológica (aunque esta explicación no deja de ser una hipótesis que debía ser contrastada). No obstante ello, recientemente, la Profesora Dña. Elena Ibáñez<sup>(416)</sup> ha adelantado unos resultados en el rotativo “Diario Médico”, recogidos por la revista “psiquiatría.com”, según los cuales, y respecto a las consecuencias del Estrés Laboral, “se pueden apreciar diferencias entre los hombres y las mujeres”; argumentando que, entre otras variables “el miedo al fracaso, en una sociedad que exige el triunfo principalmente a los hombres provoca que en éstos tengan mayor incidencia las depresiones (...) aunque las mujeres pueden presentar problemas de ansiedad anticipatoria”.

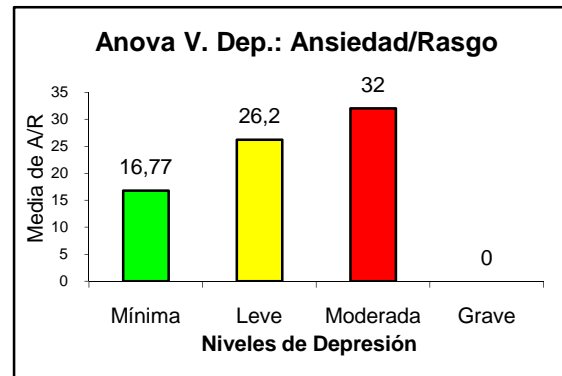
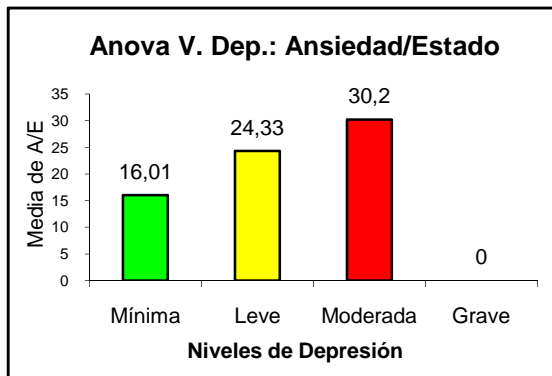
Por lo que, según hemos podido ver, una investigación reciente también sobre Estrés Laboral, etc. Apunta a que éste genera más Depresión en los varones, lo cual -como es obvio- refuerza el valor de nuestros resultados.

Atendiendo a la variable CREE QUE TIENE HHSS, es de destacar que los profesionales que No creen poseerlas presentan puntuaciones cercanas a la Depresión Leve (coincidiendo de nuevo con los resultados de los Alumnos). Una hipótesis tentativa de explicación podría basarse en que los talentos depresivos suelen conllevar una baja Autoestima y, en virtud de ello, los que sufren tal talante se ven como menos capaces en todo<sup>(417)</sup>.

En relación a la DEPRESIÓN vs. ASERTIVIDAD, observamos que los que rondan el nivel de Depresión Leve reflejan una conducta agresiva (no Asertiva).

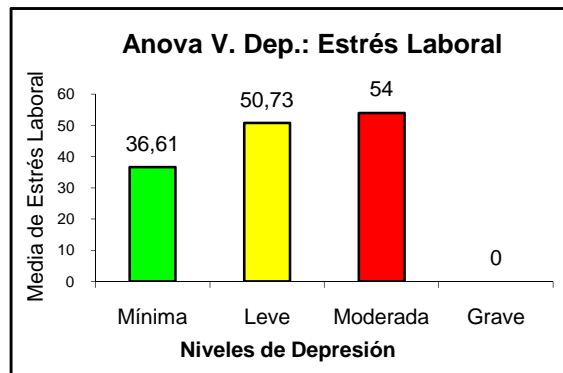
A este respecto, son numerosos los autores<sup>(418-421)</sup> que consideran que la Depresión proviene, en parte, de un déficit<sup>(422-425)</sup> en HHSS lo que lleva al sujeto, además, a sentimientos de culpa, pesimismo y autodesprecio. Por ende, al ser el Fisioterapeuta el último eslabón en la cadena del tratamiento y recuperación del paciente; debiendo ser, además, modelo y acicate de la esperanza del restablecimiento de las capacidades funcionales perdidas en sus pacientes, mal lo podrá hacer con un bagaje depresivo y un estilo poco asertivo y/o agresivo; sin olvidar lo tantas veces comentado acerca de que ha de establecer unas pautas de comunicación que permitan la fluidez de la información entre él sus pacientes y las familias; para ello ha de ser un experto en el reconocimiento de conflictos<sup>(426)</sup> y ha de desarrollar la técnica necesaria para controlarlos<sup>(427-428)</sup> y también para controlarse. Así pues, se hace precisa, una vez más, la necesidad de la realización de Cursos de Formación en HHSS y EHS, para lograr que el Profesional adquiera aquellas conductas que están ausentes en su repertorio y que son necesarias para mantener esas interacciones sociales satisfactorias descritas, en su ámbito real de actuación<sup>(429-433)</sup>.

En relación a la DEPRESIÓN vs. A/E, también encontramos diferencias significativas; de modo que, los sujetos con Depresión Leve y Moderada, muestran niveles de A/E moderado y alto respectivamente -lo cual ya se ha analizado en apartados anteriores-.



Del mismo modo, ha resultado ser significativa la relación entre DEPRESIÓN vs. A/R; de manera que los sujetos que reflejan dicha condición, a medida que van alcanzando categorías superiores en los niveles Depresivos Leves y Moderados, obtienen niveles superiores de A/R.

Al igual ocurre al relacionar DEPRESIÓN vs. ESTRÉS LABORAL; de modo que los Profesionales con Depresión Leve y Moderada muestran también un nivel alto de Estrés.



No debemos olvidar que la enfermedad puede anteceder al estrés y ser causa -a su vez- del mismo; por lo que incluso niveles subclínicos de Depresión pueden interferir en las relaciones interpersonales y en el rendimiento laboral<sup>(434)</sup> y llevar a una disfunción en el ámbito de las relaciones sociales y a la pérdida del empleo<sup>(435)</sup>;

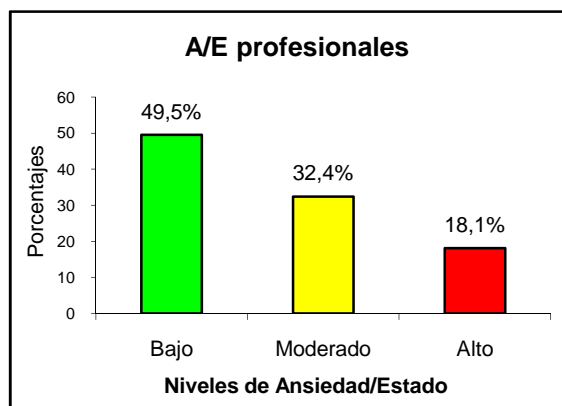
sucesos éstos que actúan como “feed-back” y devenir en causantes de un importante estrés<sup>(436-437)</sup>, con lo que el ciclo se mantiene en un grave “in crescendo”.

### 6.2.2.3.- ANSIEDAD/ESTADO (A/E)

		N	%	Total
<b>Tónica General</b>	Bajo	52	49,5	105
	Moderado	34	32,4	
	Alto	19	18,1	

$$\bar{X} : 17,9 \quad \sigma_x : 9,64$$

Respecto a los niveles obtenidos en la variable A/E, vemos que tan sólo un 49,5% de los Profesionales no presenta Ansiedad-Estado; un 32,4% sí revela un nivel moderado y es de destacar que, el 18,1%, muestra niveles altos de Ansiedad...por lo que el 50,5%, ¡la mayoría de nuestros Fisioterapeutas!, sufre Ansiedad. De hecho, como media general, presentan un nivel Moderado (17,90) de A/E. Este sólo dato es merecedor de una investigación al respecto para establecer el porqué.



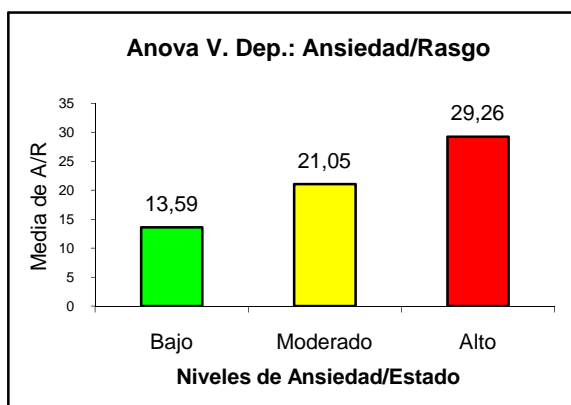
Al relacionar la A/E vs. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, vemos que estos datos medios no cambian significativamente; aunque los hombres reflejan puntuaciones superiores a la de las mujeres; lo que, al igual que sucedía antes con la



Depresión, contradice la tónica de la literatura al respecto e, incluso, lo que vimos en el caso de los Alumnos.

En cuanto a la variable CREE QUE TIENE HHSS, vemos que los Profesionales que No creen poseerlas reflejan puntuaciones superiores en Ansiedad, al igual que sucedía con la Depresión.

Del mismo modo, en las variables HA REALIZADO CURSOS Y CREE NECESARIA LA REALIZACIÓN DE TALES CURSOS EN EL POSGRADO, podemos decir que los que No han realizado tales Cursos y No creen necesaria su realización, muestran también puntuaciones superiores en Ansiedad -aunque todos están dentro de un nivel moderado de A/E-.



Respecto a la relación A/E vs. DEPRESIÓN, también obtenemos diferencias significativas -ya comentadas en apartados anteriores-. De igual modo, en lo tocante a la relación A/E vs. ASERTIVIDAD, los varones que presentan más Ansiedad -cercana al nivel alto- reflejan un estilo de conducta no asertivo; y, las mujeres no asertivas, muestran un nivel moderado de Ansiedad.

Como era de esperar, al relacionar A/E vs. A/R, se constata que los Profesionales con un nivel alto de A/E presentan un nivel alto de A/R.

En cuanto a la relación A/E vs. ESTRÉS LABORAL, vemos que, a medida que los Profesionales alcanzan un nivel alto de A/E, presentan un nivel alto de Estrés Laboral... Y es que la Ansiedad es una reacción emocional de alerta ante una amenaza y, dentro del proceso de cambios que implica el Estrés, es la reacción emocional más frecuente<sup>(438-441)</sup>.

#### 6.2.2.4.- ANSIEDAD/RASGO (A/R)

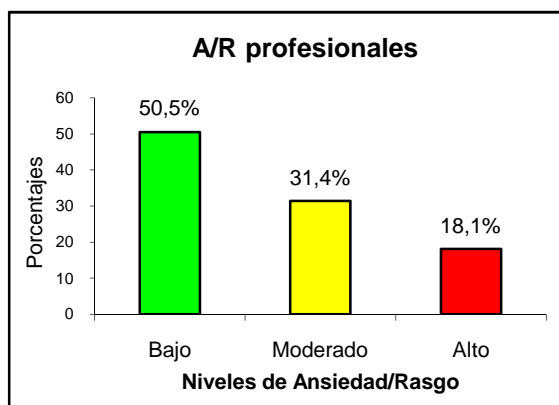
		N	%	Total
<b>Tónica General</b>	Bajo	53	50,5	105
	Moderado	33	31,4	
	Alto	19	18,1	

$$\overline{X} : 18,93 \quad \sigma_x: 9,73$$

Como vemos en la tabla, la mayoría de los Profesionales (el 50,5%) no presenta A/R, aunque sí aparece un 31,4% con Ansiedad moderada; siendo de destacar el que un 18,1% refleja un nivel de Ansiedad alto -el mismo porcentaje que obtuvimos en el punto anterior al analizar el índice de A/E-; con lo que nos encontramos con que casi la mitad de nuestros Fisioterapeutas no solo están ansiosos (A/E) -como vimos en el punto anterior- sino que, además son ansiosos (A/R); lo que constituye un dato realmente preocupante, merecedor de una investigación “ad hoc”.

Sea como fuere, a la luz de estos resultados sería preciso poner a disposición de éstos Cursos de Formación, orientados a la adquisición y desarrollo de nuevas habilidades, para disminuir la sintomatología ansiosa, junto a Técnicas de Relajación (que van incluidas en el “paquete” estándar del EHS); de hecho, se ha constatado que las puntuaciones en A/R<sup>(442)</sup> aumentan como respuesta a diferentes tipos de tensión y disminuyen como fruto de la aplicación de Técnicas de Relajación y tras la aplicación de programas de EHS<sup>(443-444)</sup>.

De todos modos, y por desgracia, los datos obtenidos siguen la línea de diversos estudios<sup>(445-448)</sup> que apuntan que a partir del 2020 la mayoría de las bajas laborales en Occidente serán por Ansiedad o Depresión, inmersos como estamos en la descrita como “Sociedad y era de la Ansiedad”<sup>-449-</sup>.



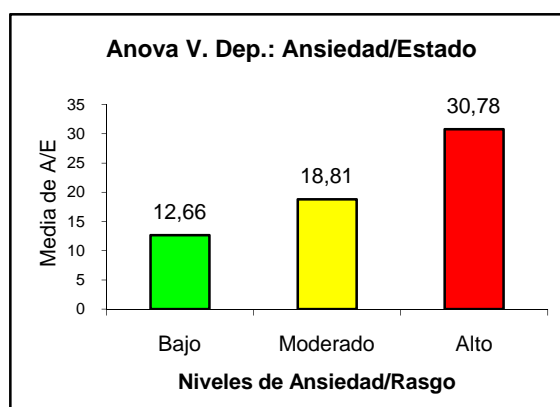
En cuanto a la media general, nuestros Fisioterapeutas presentan un nivel Moderado (18,93) de A/R (ya clínico), lo que puede traducirse -incluso- en somatizaciones o trastornos psicosomáticos<sup>(450-451)</sup>.

Atendiendo a la relación A/R vs. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, vemos que los varones tienen más Ansiedad -nivel moderado- que las mujeres -nivel bajo-, (otra vez en contra de los datos epidemiológicos al respecto--<sup>452-453-</sup>). Las mujeres que sufren un nivel superior -moderado- de A/R, en nuestro caso, son solteras, no tienen hijos, tienen más experiencia laboral, desarrollan su labor asistencial en AP, son personal fijo y eventual y trabajan en el turno (rotatorio) de mañana-tarde.

Respecto a la relación A/R vs. DEPRESIÓN, también aparecen datos significativos -como era de esperar- de modo que los que presentan una mayor puntuación en A/R, sufren, asimismo, Depresión Leve y Moderada -como se ha comentado en puntos anteriores-.

Igualmente, al relacionar la A/R vs. ASERTIVIDAD, obtenemos diferencias significativas; de manera que los sujetos que muestran niveles altos de A/R son los menos asertivos (como también hemos comentado).

Como era esperable también, la relación A/R vs. A/E ha resultado significativa; de manera que los Profesionales que reflejan un nivel alto de A/R presentan también un nivel alto de A/E.



En cuanto a la relación A/R vs. ESTRÉS LABORAL, vemos como a medida que los sujetos alcanzan un nivel alto de Estrés Laboral muestran también un nivel de A/R más alto, en consonancia con la literatura al respecto ya reseñada.

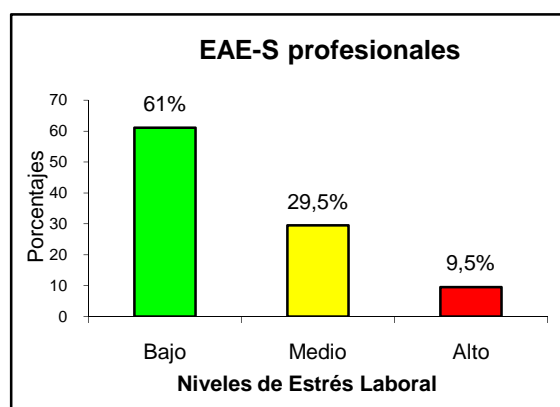
Por todo ello -y como decíamos antes- se debe proporcionar información al Profesional sobre los mecanismos de Afrontamiento al Estrés<sup>(454-456)</sup>, así como formación en su manejo, para poder así disminuir estos niveles de Ansiedad, antes de que estos problemas deriven en conflictos asistenciales<sup>(457)</sup> o en problemas personales de más calado. Todo ello podría contribuir al objetivo último de dotar a este Profesional de herramientas eficaces, no sólo para su propio cuidado, sino también para mejorar la relación entre paciente/cliente, familia y demás miembros del equipo multidisciplinar; y, entre estas herramientas, tienen un especial protagonismo el EHS y los Cursos sobre HHSS.

#### 6.2.2.5.-ESTRÉS LABORAL

		N	%	Total
Tónica General	Bajo	64	61	105
	Medio	31	29,5	
	Alto	10	9,5	

$$\bar{X} : 39,51 \quad \sigma x: 21,42$$

Como elocuentemente el gráfico nos indica, la mayoría de los Profesionales (61%) no presenta Estrés Laboral; aunque, por desgracia, el 29,5% revela un nivel moderado y el 9,5% un nivel alto; por lo que, al sumar los niveles moderados y altos, obtenemos un preocupante 39% de sujetos que padecen y sufren Estrés Laboral.



Teniendo en cuenta que los Fisioterapeutas tienen un contacto directo y continuado con el paciente y, además, se ven envueltos en una intensa implicación con personas que atraviesan situaciones difíciles y otros tipos de problemas de carácter relacional y organizacional (y -en la mayoría de los casos- sin una adecuada preparación en aspectos psicosociales y sin las herramientas ya descritas de las Técnicas de Solución de Conflictos, HHSS y Manejo de la Comunicación y las

Relaciones Interpersonales) no nos produce sorpresa la aparición de este Estrés Asistencial que no solo podría afectar directamente al Profesional, sino también a la calidad de su trabajo y, finalmente, a los Usuarios de dichos servicios.

En cuanto a la media general, nuestros Fisioterapeutas presentan un nivel Moderado (39,51) de Estrés Laboral -ya preocupante en sí-; pero, además, con una amplia desviación típica (21,42) lo que nos indica, a su vez, la existencia de grandes diferencias individuales.

En cuanto a la relación entre ESTRÉS LABORAL vs. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, vemos que las mujeres presentan una puntuación superior a la media (de hecho, diversos estudios demuestran que éstas sufren más estrés y trastornos psicosomáticos que los hombres<sup>(458-461)</sup>). A este respecto, la siguiente cita es bien elocuente: "Las desiguales condiciones de vida de varones y mujeres, entre otros factores, inciden tanto en la salud física como en la prevalencia diferencial de los trastornos psicológicos<sup>-462-</sup>". Sin embargo, a tenor de estos datos, sigue abierta la incógnita de por qué este mayor Estrés Laboral no se traduce en ellas -en nuestro caso- en mayores niveles de Depresión y Ansiedad que en los varones, como sería de esperar.

Igual tendencia sigue el grupo de menor edad -esta línea se ve avalada por los resultados de otras investigaciones<sup>(463-465)</sup>, que ponen de manifiesto una mayor vulnerabilidad al Estrés Laboral en los primeros años del desarrollo de la carrera profesional, debido a la incertidumbre, a la percepción de carga de trabajo (muy elevada) y al sentido de pérdida de control sobre el contexto de trabajo-.

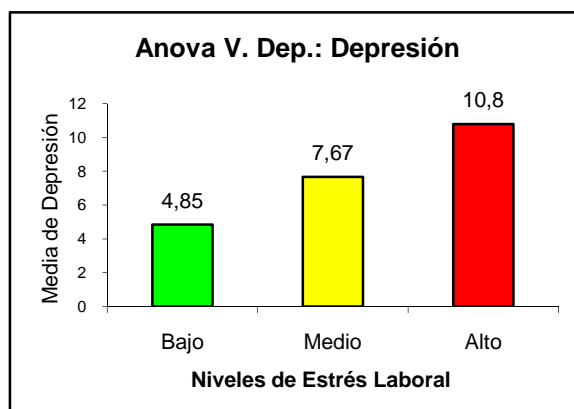
También presentan puntuaciones superiores a la media los casados, los que tienen dos o más hijos, los que desarrollan su labor asistencial en AE, los interinos y los que hacen el turno rotatorio (mañana-tarde); datos también corroborados por la literatura al respecto, habida cuenta que -p.ej- al Estrés laboral se suma la “carga” de los hijos y las relaciones de pareja (situaciones que pueden ser amortiguadoras de dicho Estrés o potenciadoras del mismo); por otro lado, la situación de Eventualidad y/o Interinidad y, sobre todo, la Turnicidad -horarios rotatorios- son estresores laborales ampliamente descritos<sup>(466-470)</sup>.

En cuanto a la relación ESTRÉS LABORAL vs. CREE QUE TIENE HHSS, también tenemos diferencias significativas; de manera que los que creen que No las poseen muestran una puntuación superior de Estrés Laboral. Del mismo modo, entre las variables HA REALIZADO CURSOS y CREE NECESARIA LA REALIZACIÓN DE TALES CURSOS EN EL POSGRADO, los que alcanzan una puntuación superior en Estrés Laboral son precisamente los que han respondido que No a dichas cuestiones. Esto es, no han hecho Cursos sobre HHSS y no los creen necesarios. Entendemos que el dato es tan elocuente en sí mismo que no precisa comentarios.

Respecto a la relación ESTRÉS LABORAL vs. DEPRESIÓN, también hemos obtenido relaciones significativas; de manera que, conforme aumentan los niveles de Estrés, van apareciendo niveles superiores de Depresión -como era de esperar- debido a que la Depresión -junto a la Ansiedad- es una de las principales manifestaciones del Estrés laboral<sup>(471-472)</sup>; pero, no podemos olvidar que los efectos de tal Estrés se ven modulados por diferentes factores, entre ellos, las habilidades,

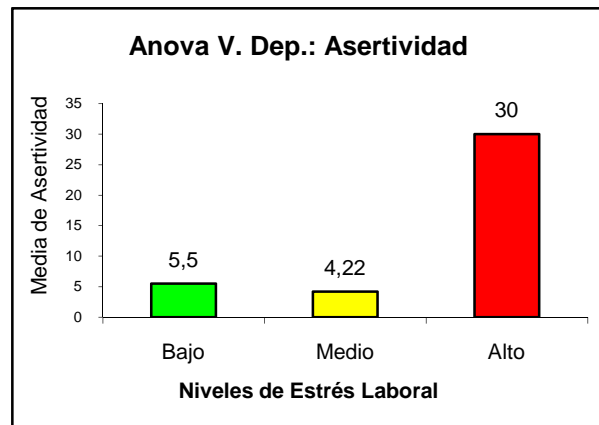


capacidades y recursos con los que cuente la persona para hacer frente a las condiciones potencialmente estresoras<sup>(473-476)</sup>.

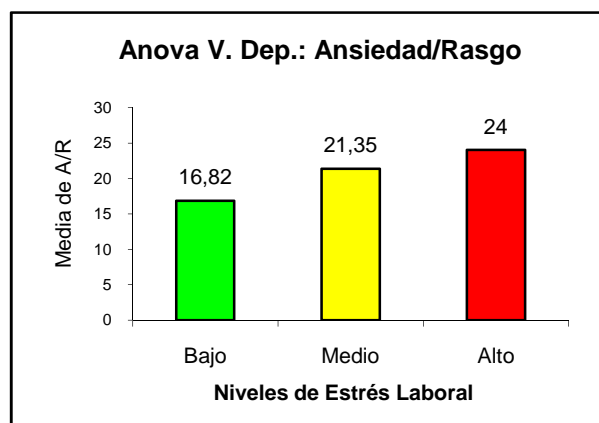


Por ello, otra vez incidimos en la necesidad imperiosa de dotar a los Profesionales de herramientas útiles (HHSS<sup>-477-479-</sup>, p.ej., para afrontar y manejar adecuadamente dicho Estrés) así podrán sentirse más seguros, podrán y sabrán buscar apoyo social y podrán paliar y prevenir las conductas negativas ante el estrés, que pueden provocar respuestas desadaptativas y patológicas, fisiológicas, cognitivo-afectivas y conductuales en el individuo<sup>(480-482)</sup>; respuestas que, si se mantuvieran en el tiempo, les ocasionarían alteraciones serias en su adaptación<sup>(482)</sup> y les producirían, además, un deterioro de la salud y de sus relaciones interpersonales dentro y fuera del ámbito laboral <sup>(484-486)</sup>.

Del mismo modo, respecto a la relación ESTRÉS LABORAL vs. ASERTIVIDAD, tras el pertinente análisis de varianza, se constata que los que presentan un nivel alto de Estrés Laboral reflejan -como no podía ser de otra forma- un estilo de conducta no asertivo (comentado en puntos anteriores).



Respecto a la relación ESTRÉS LABORAL vs. A/E, los que obtienen puntuaciones superiores de Estrés Laboral alcanzan los niveles superiores de A/E -como era de esperar también- ya que la relación entre Estrés y Ansiedad es tan estrecha que muchas veces ambos términos parecen utilizarse casi como sinónimos<sup>(487-488)</sup>; aludiendo en ambos casos a un mismo tipo de reacción emocional, caracterizada por una alta activación fisiológica. Igual ocurre con la relación ESTRÉS LABORAL vs. A/R, pues vemos cómo a medida que los sujetos alcanzan puntuaciones superiores de Estrés Laboral muestran un nivel superior de A/R.



Como ya hemos dicho, la Ansiedad es considerada uno de los efectos más graves del Estrés junto con la Depresión. Ello implica un estado de decaimiento físico y psíquico, caracterizado por la fatiga psicológica -astenia psíquica-, cansancio y sentimientos de soledad e insatisfacción que elicitán una amplia variedad de actitudes negativas frente al desarrollo laboral, social y personal<sup>(489-490)</sup>; afectando, de igual modo, a los Usuarios y a la Organización; precisamente este espectro sindrómico es el que es denominado por varios autores como Burnout<sup>(491-493)</sup>.

Por lo cual, el entrenamiento en recursos de afrontamiento y solución de conflictos y en HHSS (asertividad, comunicación, relajación, reestructuración cognitiva, técnicas de solución de problemas, habilidades de negociación...)<sup>(494-497)</sup>, ayudaría a amortiguar y mitigar el Estrés al que se ve sometido el Profesional carente las más de las veces de este tipo de habilidades y/o recursos, cuando tiene que hacer frente a presiones grupales (como la de los familiares de los pacientes), manejar situaciones interpersonales conflictivas (como responder a las demandas emocionales de pacientes crónicos) o defender sus competencias profesionales ante otros colectivos implicados en los Servicios de Salud; y, además, ayudaría a prevenir el Síndrome de Estar Quemado por el Trabajo -Bournout- citado anteriormente.

De hecho, se ha comprobado que la preparación actual del P.S. no siempre es suficiente para afrontar las situaciones habituales de su trabajo, ya que éstas dan lugar a la aparición de dificultades emocionales y conductuales, traducéndose en un sentimiento de fracaso personal y, no en pocos casos, a la incapacidad para el ejercicio de la profesión<sup>(498-500)</sup>; con el coste que supone para una sociedad que tanto invierte en la formación de dicho P.S.

Es también un hecho claro que “toda relación terapéutica implica un proceso de interacción interpersonal<sup>(501-503)</sup>”; y es por ello por lo que la propia OMS<sup>(504-505)</sup> ya enfatizó que todo el Personal Sanitario debe poseer una formación académica y profesional “basada en un sólido conocimiento de las ciencias físicas, biológicas y psicosociales”, debiendo “reconocerse a sí mismo como un agente multiplicador de recursos humanos”. De modo que el ignorar los factores psicosociales de este proceso sería no sólo un error ético o de cortesía, sino un verdadero error científico<sup>(506)</sup> que conlleva a la mala praxis.

Ahora bien, no se trata sólo de que el P.S. trate al Usuario/a como “persona”, sino que debe asumir el hecho de que las relaciones interpersonales son una parte básica y fundamental del proceso de prevención, asistencia y evolución de la enfermedad y, consiguientemente, parte integrante de la atención que se le presta al Paciente -incluso desde una perspectiva bioética-<sup>(507-511)</sup>. Evidentemente, esto no quiere decir que se reste importancia a los conocimientos y habilidades del Profesional de la Fisioterapia en otras áreas, ni a sus conocimientos y destrezas biotécnicos; sino comprender y aceptar que el manejo adecuado de la comunicación es un factor añadido y esencial en el rol sanitario, e introducirlo -como ya se ha hecho en los Grados- en la formación obligatoria de todo el P.S.

Por tanto, podemos decir que el hecho de que -en nuestro caso- el Profesional de la Fisioterapia cuente con HHSS que le ayuden a incorporarse, a adaptarse e integrarse en el grupo profesional, a desarrollar sentimientos de pertenencia grupal y a buscar y solicitar apoyo social contribuirá -sin duda alguna- a que se sienta más seguro y más competente y así podrá prevenir, amortiguar y reducir -con mayores

recursos y posibilidades- sus experiencias de Estrés Laboral; impidiendo -así- con bastante probabilidad que desarrolle el tan temido (y tan frecuente, por desgracia, -como ya hemos visto-) Síndrome del Burnout.

### **6.3. RECAPITULACIÓN**

---

Una vez efectuado el Análisis y Discusión de los resultados uno a uno, presentamos seguidamente una recapitulación que, a modo de resumen de lo más importante dicho en el Análisis, nos permita obtener una visión global de los resultados obtenidos que nos conduzca a las conclusiones finales, en el capítulo siguiente.

#### **A) MUESTRA DE ALUMNOS**

- En lo que se refiere a los **RASGOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y PSICOSOCIALES** de la muestra de **ALUMNOS** hemos podido comprobar, en síntesis, que:

- a) En cuanto al **SEXO**, la muestra de Alumnos es **EMINENTEMENTE FEMENINA** (72,9%) -lo que indica una mayor prevalencia de las mujeres en estos niveles académicos universitarios-. Es patente que las mujeres son más jóvenes -el acceso a los Estudios Superiores ha sido en ellas más tardío y reciente- que los varones, observando también que son menos numerosas entre los que trabajan y entre los que han ingresado en la Diplomatura por la vía de Otros (en correspondencia con la Edad); de igual modo, son las que mayoritariamente creen tener HHSS, han realizado más Cursos al respecto y, casi en su totalidad, creen conveniente la realización de éstos en el Posgrado.
- b) En lo que respecta a la **EDAD**, trabajamos con una muestra joven -al tratarse de estudiantes-; aunque casi la totalidad cree tener HHSS -con una percepción algo triunfalista, puesto que los datos objetivos (como veremos después) no corroboran esa optimista autopercepción-, son los de mayor edad quienes lo

afirman en su conjunto y los que en mayor medida creen necesaria la realización de Cursos en el Posgrado.

- c) En lo tocante a la **SITUACIÓN LABORAL**, teniendo en cuenta que estamos ante una muestra de estudiantes, la inmensa mayoría no trabaja (en clara correlación con la Edad); de modo que los que trabajan son los de más edad, han accedido a la Universidad por las vías de Formación Profesional y Otros y son Alumnos de tercer curso.

La mayoría -trabajen o no- cree tener HHSS, aunque No ha realizado Cursos al respecto y Sí cree necesaria la realización de los mismos en el Posgrado.

- d) Respecto al **ACCESO A LA UNIVERSIDAD**, vemos que la mayoría -sea cual sea su vía de acceso- cree tener HHSS, No ha realizado Cursos al respecto, aunque sí considera necesaria su realización en el Posgrado; siendo aquellos que han accedido por la vía de Otros los que han realizado más Cursos sobre el tema (aunque en realidad muy pocos de ellos los han efectuado).
- e) Si analizamos a los **ALUMNOS POR CURSO**, advertimos que la mayoría -sea cual sea su Curso- cree que tiene HHSS, apreciándose que esta creencia está más extendida en los alumnos de 2º. Evidentemente son los de 1º los que menos Cursos sobre HHSS han realizado y los de 3º los que mayoritariamente Sí los han realizado (dado que han podido cursar la optativa al respecto).
- f) En lo referente a la variable **CREE QUE TIENE HHSS**, vemos que la inmensa mayoría lo afirman; predominando con más contundencia esta creencia entre las mujeres y en los de mayor edad; y todos ellos coinciden en que la realización de dichos Cursos es necesaria; aunque, la mayoría, No los ha realizado.

- g) Acerca de **SI HA REALIZADO CURSOS SOBRE HHSS**, constatamos que la gran mayoría No los ha realizado (78,3%).

Las mujeres, los más jóvenes, los que no trabajan, los del 3º curso y los que han accedido a la Universidad por la vía de Selectividad son los que más Cursos de este tipo han realizado -aunque sólo es el 21,7%-. A pesar de ello, tanto los que han realizado tales Cursos como los que no, creen tener HHSS y consideran necesaria la realización de estos en el Posgrado.

- h) En cuanto a la pregunta **CREE NECESARIA LA REALIZACIÓN DE CURSOS EN EL POSGRADO**, vemos que, aunque la inmensa mayoría de los Alumnos lo afirma, aún nos encontramos con que el 10,1% piensa que No es necesario que se realicen (contrariando así todas las Directrices Internacionales al respecto que, sin ir más lejos, ha llevado a que en todos los Grados de Ciencias de la Salud sean obligatorios como materias y competencias “Básicas” a cubrir).

- Los resultados obtenidos en las **ESCALA PSICOMÉTRICAS** han evidenciado que:

- a) Según los datos ofrecidos por el **INVENTARIO DE ASERTIVIDAD DE RATHUS (RAS)**, se trata de una muestra moderadamente Asertiva (Asertividad media - nivel 4-); cuando lo deseable para los Profesionales de la Salud es un nivel “medio alto” (lo que hace más patente aún la formación al respecto y Cursos de HHSS). Aunque la mayoría de la muestra refleja un estilo de conducta Asertivo, vemos que las mujeres son más asertivas que los hombres; lo cual coincide -en su caso- con la respuesta dada a la pregunta ¿CREE QUE TIENE HHSS?; no siendo el caso de los Alumnos que han accedido a la Universidad por la vía de Otros, que han



resultado ser menos asertivos que los que han accedido por las demás vías, aun habiendo afirmado que tenían HHSS. Observamos, pues -como ya se adelantó- una clara disparidad entre lo que se cree poseer y lo que en realidad se tiene.

También es de destacar que aquellos que No creen necesaria la realización de Cursos al respecto en el Posgrado son precisamente menos asertivos que los que Sí la creen necesaria.

Se constata que se tiende a estar más deprimido cuanto menos asertivo se es. De igual modo ocurre con la Ansiedad y el estilo de conducta: los sujetos menos asertivos tienen más Ansiedad.

De ahí también la importancia de fomentar las HHSS y la Asertividad de nuestros Fisioterapeutas como amortiguadoras de la Depresión y la Ansiedad (por ello, el Ilustre Colegio Profesional de Fisioterapeutas debería transmitir la necesidad de la realización de Cursos sobre HHSS en el Posgrado a sus colegiados).

- b) Según las respuestas ofrecidas en la **ESCALA DE DEPRESIÓN DE BECK**, vemos que, aunque una gran mayoría no presenta Depresión, aparece un muy preocupante 25,6% de Alumnos con niveles clínicos de Depresión; mostrando una cierta predisposición mayor a padecer dicha patología los varones y no tanto las mujeres -lo cual es infrecuente-. Igualmente ocurre con los de más edad, los que trabajan, los que han accedido a la Universidad por Formación Profesional y los que están en el 2º curso. De igual modo, los valores clínicos depresivos abundan más entre los Alumnos que No creen tener HHSS, los que No han realizado Cursos y los que No creen necesaria la realización de los mismos en el Posgrado (el corolario es bien simple y se ha desarrollado en otros puntos).

Además, vemos que bastantes sujetos que presentan Depresión reflejan una conducta agresiva (no asertiva) y niveles altos de Ansiedad Estado y Rasgo (con lo que nos encontramos con cuadros mixtos de Ansiedad/Depresión).

- c) A tenor de lo obtenido a través del **CUESTIONARIO DE ANSIEDAD STAI (A/E) y (A/R)**, nos encontramos ante una población ansiosa, ya que no solo aparecen niveles moderados y altos de A/E (que refleja el estado ansioso situacional y transitorio de un sujeto en un momento dado) sino que se corresponden con los elevados índices obtenidos de A/R; resultando ser más ansiosas las mujeres; y, entre éstas, sobre todo, aquellas que trabajan, las que han accedido a la Universidad por la vía de Selectividad y las que están en 3º de la Diplomatura.

## **B) MUESTRA DE PROFESIONALES**

- En lo que respecta a los **RASGOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y PSICOSOCIALES** de la muestra de **PROFESIONALES** hemos podido comprobar que:

- a) En cuanto al **SEXO**, la población de Fisioterapeutas es **EMINENTEMENTE FEMENINA** - al igual que sucedía en la muestra de Alumnos-; constatándose lo ya descrito como “feminización de las profesiones sanitarias”.

Observamos que las mujeres son más jóvenes que los varones (por un acceso más tardío a la Universidad), la mayoría vive en Pareja y, además, su situación administrativa es significativamente inferior -la mayoría es Personal Eventual- (43,9% vs. 15,4% varones).

Aunque la proporción de varón/mujer es similar en ambos Niveles de Atención Sanitaria, las mujeres trabajan más en AP y en horario de tarde y mañana-tarde (por lo que sufren más sobreestrés por Turnicidad).

Si bien ambos sexos afirman -mayoritariamente- que tienen HHSS, es de destacar el que sean las mujeres -que han resultado ser más Asertivas que los varones- las que en una mayor proporción creen que No poseen tales Habilidades y, de igual modo, las que más creen necesaria la realización de Cursos en el Posgrado (por lo que la percepción de los varones al respecto es excesivamente optimista y, casi, pretenciosa u osada al contestar que creen tener HHSS, sin ser cierto que las tengan).

- b) En lo que respecta a la **EDAD**, es una población joven (tan sólo el 11,4% tiene más de 50 años). Como era de esperar, a más edad, más se afirma tener HHSS y más Cursos al respecto se han realizado. Siendo los jóvenes los que en menor medida creen tener HHSS, han realizado menos Cursos de tal tipo y consideran más necesario que se realicen en el Posgrado.
- c) En lo tocante al **ESTADO CIVIL**, vemos que los que viven en pareja Creen que tienen HHSS en mayor proporción que los solteros; aunque es de destacar que los solteros están más concienciados de la necesidad de adquirirlas; puesto que, aún siendo los que más Cursos han realizado, afirman en mayor proporción su necesidad de realización en el Posgrado.
- d) En cuanto al **NÚMERO DE HIJOS**, observamos que los Profesionales que tienen sólo uno (lo cual correlaciona con una edad menor) son los que admiten -en

mayor proporción- no tener HHSS y haber realizado menos Cursos, aunque afortunadamente, enfatizan la necesidad de su realización en el Posgrado.

- e) Pasando a la **EXPERIENCIA LABORAL**, vemos que en ambos subgrupos la inmensa mayoría cree que Sí tiene HHSS y cree necesaria la realización de Cursos al respecto en el Posgrado; siendo los que tienen más Experiencia Laboral -los que menos Cursos han realizado-, los que lo afirman en mayor medida.
- f) En cuanto al **CENTRO DE TRABAJO**, advertimos que los Profesionales que trabajan en AP son los que menos creen tener HHSS -aunque en realidad son los más asertivos-; han realizado más Cursos y son los que están más a favor de su realización en el Posgrado. Sin embargo, los Profesionales que trabajan en AE -siendo menos asertivos- creen tener HHSS en una mayor proporción, aunque No han realizado Cursos al respecto (como vemos una vez más, una cosa es lo que se cree poseer y otra distinta lo que en realidad se posee).
- g) Pasando a la **SITUACIÓN ADMINISTRATIVA**, vemos que es el Personal Fijo (mayoritario en AE) el que más cree que Sí tiene HHSS; aunque es el que menos Cursos de este tipo ha realizado, junto con los Eventuales; sin embargo, es muy gratificante y de destacar que, siendo los Interinos los que más Cursos han realizado, sean los que más consideren necesaria su realización en el Posgrado (esta tónica se repite a lo largo de todo el estudio: Cuanto más se conocen las HHSS y más Cursos al respecto se han hecho, más necesarios se consideran y más se reclaman).

h) Respecto a la pregunta **CREE QUE TIENE HHSS**, constatamos que la inmensa mayoría de los Profesionales lo afirman; más aún cuanto mayor se es, al no tener hijos, al trabajar en AE, el Personal Fijo y los que trabajan en el Turno de Mañana.

Pero, pese a la autopercepción triunfalista respecto a la creencia -la más de las veces fatua- de tener HHSS, un 17,1% Cree que no posee tales HHSS; la mayoría trabaja en AP y es Personal Eventual (puesto que son más jóvenes).

Tanto entre los que Creen que tienen HHSS cuanto entre los que No lo creen -la mayoría-, No han realizado Cursos al respecto y se cree necesaria su realización en el Posgrado; afirmándolo en mayor proporción los que No creen tener HHSS.

i) Acerca de **SI HA REALIZADO CURSOS SOBRE HHSS**, vemos que, aunque la gran mayoría (67,6%) No los ha realizado, los que Sí los han hecho creen en mayor medida que sí tienen HHSS y -ésto es muy importante- creen que la realización de dichos Cursos en el Posgrado es necesaria.

j) Por último, en relación a **SI CREE NECESARIA LA REALIZACIÓN DE CURSOS SOBRE HHSS EN EL POSGRADO**, vemos que la inmensa mayoría de los Profesionales (el 86,7%) lo corroboran; sobre todo los de mayor Experiencia Laboral, los que creen que tienen Habilidad Social y los que no han realizado Cursos al respecto.

- Los resultados obtenidos en las **ESCALAS PSICOMÉTRICAS** han evidenciado que:

a) Los datos del **CUESTIONARIO RAS** nos revelan que los Profesionales -al igual que los Alumnos- poseen un estilo de conducta moderadamente asertivo

(Asertividad media -nivel 4-); es decir, por debajo de lo deseable, puesto que en los Profesionales de la Salud lo deseable sería un nivel 5.

De igual modo, las mujeres tienden a ser más asertivas que los hombres; aunque, al contrario de lo que sucedía en la muestra de los Alumnos (y tal vez con más cautela) han respondido que No a la pregunta acerca de si ¿Cree que tiene HHSS?. También, pues, entre los Profesionales, apreciamos la disparidad entre lo que se cree poseer y lo que en realidad se tiene; de manera que los menos asertivos creen que Sí tienen HHSS; aunque, afortunadamente, también creen necesaria la realización de Cursos sobre HHSS en el Posgrado.

La Asertividad aumenta a medida que lo hace la Edad y, con ésta, la Experiencia Laboral. Son más asertivos los Profesionales que trabajan en AP (que han realizado más Cursos sobre HHSS) y, preocupantemente, menos asertivos, el Personal Fijo (de menor edad) y -como era de esperar- los que No han realizado Cursos sobre HHSS.

De igual modo, a medida que se es menos asertivo, más se tiende a manifestar Depresión y niveles altos de Ansiedad Estado y Rasgo y mayor Estrés Laboral (de forma significativa); por lo que también aquí se constata el valor amortiguador de tales estados psicopatológicos mediante la formación y el desarrollo de HHSS.

- b) En virtud de lo obtenido en la **ESCALA BDI**, vemos que una inmensa mayoría (el 81%) no presenta Depresión; aunque sí aparecen porcentajes importantes en las categorías de Depresión Leve (14,3%) y Moderada (4,8%).

Curiosamente, las mujeres, aunque reflejan una puntuación media superior a los hombres, no suelen presentar Depresión; en contra de lo que predica la literatura

al respecto que apunta una mayor incidencia depresiva en las mujeres (aunque recientes estudios sobre Depresión, en mujeres trabajadoras, subsiguiente a Estrés Laboral vienen a confirmar nuestros datos).

Tienden a padecer Depresión Leve los Profesionales que No creen tener HHSS y los que reflejan una conducta Agresiva (no asertiva) -al igual que en la muestra de los Alumnos-. Constatándose también de forma significativa que, a medida que los sujetos están más deprimidos, tienen más Ansiedad y sufren más Estrés Laboral.

- c) Merced a los resultados del **CUESTIONARIO STAI (A/E) y (A/R)**, vemos que, al igual que en la muestra de los Alumnos, estamos ante una población ansiosa. Con la diferencia de que son los Profesionales varones los que tienen más Ansiedad (Estado y Rasgo); o, lo que es lo mismo, están y son más ansiosos que las mujeres Profesionales, lo cual contradice -de nuevo- la tónica de la literatura al respecto. Asimismo, están más ansiosos (A/E) aquellos que No creen tener HHSS, No han realizado Cursos y No creen necesaria la realización de los mismos en el Posgrado (con lo que se evidencia otra vez su necesidad).

Se constata que los Profesionales que tienen un nivel alto de A/E presentan un nivel alto de A/R. De igual modo, los Profesionales con niveles altos de Ansiedad (Estado y Rasgo) sufren Depresión (Leve y Moderada), son menos Asertivos y padecen más Estrés Laboral.

- d) Por último, a tenor de los datos que nos ofrece la **ESCALA DE ESTRÉS SOCIO-LABORAL (EAE-S)**, vemos que el Estrés Laboral está muy presente entre los

Profesionales de la Fisioterapia -con un 39% con niveles preocupantes-; aunque la mayoría no lo padezca.

Dentro de este preocupante 39%, vemos que son las mujeres -las más numerosas y principales proveedoras de atención sanitaria- las que sufren más Estrés Laboral (dato corroborado con la literatura al respecto) aunque éste se traduce menos en ellas en Depresión y Ansiedad lo que nos lleva a preguntarnos si no aflorará tal Estrés en forma de trastornos psicossomáticos o somatizaciones. Igual tendencia siguen los más jóvenes, los que trabajan en AE y en el turno rotatorio (mañana-tarde) por la presión de la Turnicidad.

Asimismo, están más estresados los Profesionales que NO CREEN TENER HHSS, NO HAN REALIZADO CURSOS SOBRE HHSS Y NO CREEN NECESARIA LA REALIZACIÓN DE TALES CURSOS EN EL POSGRADO (por lo que otra vez aparece como obvia la necesidad de tal formación).

Se constata de forma significativa que, conforme aumentan los niveles de Estrés, van apareciendo niveles superiores de Depresión (dicha patología es una de las principales manifestaciones del Estrés Laboral); aunque no tanto en las mujeres. Del igual modo, se constata que los que tienen un nivel alto de Estrés Laboral reflejan una conducta agresiva (no asertiva) así como niveles altos de Ansiedad Estado y Rasgo.



- e) **PARA TERMINAR ESTE PUNTO, VEAMOS LOS PERFILES TIPO DE LOS ALUMNOS Y DE LOS PROFESIONALES EN LAS PRINCIPALES VARIABLES ANALIZADAS:**

PERFIL TIPO: ALUMNOS

Sexo	Mujer
Edad	Hasta 25 años
Situación Laboral	No trabaja
Acceso Universidad	Selectividad
Cree que tiene HHSS	Sí
Ha realizado Cursos HHSS	No
Cursos HHSS en Posgrado	Sí
Asertividad	Media -nivel 4-
Depresión	No
Ansiedad/Estado	+Sí
Ansiedad/Rasgo	+Sí

PERFIL TIPO: PROFESIONALES

Sexo	Mujer
Edad	Entre 26 y 50 años
Estado Civil	Vive en pareja
Número de Hijos	Uno o más de uno
Experiencia Laboral	Más de 10 años
Centro de Trabajo	Atención especializada
Situación Administrativa	Fijo
Turno	Mañana
Cree que tiene HHSS	Sí
Ha realizado Cursos HHSS	No
Cursos HHSS en Posgrado	Sí
Asertividad	Media -nivel 4-
Depresión	No
Ansiedad/Estado	Sí
Ansiedad/Rasgo	Sí
Estrés Laboral	Nivel moderado

## ***VII. CONCLUSIONES***

---

Habiendo profundizado en el análisis y discusión de los resultados volcados en esta tesis, y tras su recapitulación, es preciso ahora -como colofón obligado- el concretar los datos más significativos extraídos de los mismos configurando así las Conclusiones. Para ello, y para facilitar su comprensión, según lo que ha sido el recorrido de la investigación, las dividiremos en los dos bloques que conforman la tesis: LOS ALUMNOS Y LOS PROFESIONALES DE FISIOTERAPIA, ofreciendo -al final- una síntesis sobre ambas muestras; todo ello generalizable, en gran parte -dada la representatividad de la muestra-, a los Alumnos de la Diplomatura de Fisioterapia y a los Fisioterapeutas que desarrollan su labor profesional en el Servicio Andaluz de Salud (SAS) en la provincia de Cádiz.

#### **A) ALUMNOS**

**1º.** Se trata de una población **EMINENTEMENTE FEMENINA** y joven, lo que corrobora la reciente mayor prevalencia de las mujeres en los niveles académicos universitarios y, en particular, en las Ciencias de la Salud y en Fisioterapia.

**2º.** La inmensa mayoría **CREE QUE TIENE HHSS**; aunque se constata una clara disparidad entre la Habilidad Social que se cree poseer y la que realmente se tiene; siendo esta disparidad menor en las mujeres, puesto que -en su mayoría- las que creen poseerlas, en efecto las tienen.

**3º.** La mayoría **NO HA REALIZADO CURSOS SOBRE HHSS**; pese a ser una competencia obligatoria a desarrollar en los nuevos estudios de Grado de todas las Ciencias de la Salud.

**4º.** Por fortuna, y siendo conscientes de ello, la inmensa mayoría **CREE NECESARIA LA REALIZACIÓN DE CURSOS SOBRE HHSS EN EL POSGRADO:**

**4.1.** Sin embargo, lo afirman en porcentajes superiores los que han realizado Cursos al respecto; lo que nos indica que cuanto más experiencia se tiene en el tema y cuanto más se conoce la utilidad de las HHSS, más importantes y precisas se consideran.

**5º.** Según el **INVENTARIO DE ASERTIVIDAD DE RATHUS (RAS)**, vemos que el estilo de comunicación que presentan los Alumnos es tan sólo moderadamente Asertivo; cuando lo deseable en todo Profesional de la Salud sería un nivel mayor de Habilidad Social; lo que evidencia, aún más, la necesidad de una formación específica en HHSS y Asertividad.

**5.1.** Es de destacar que los que NO creen necesaria la realización de tales Cursos en el Posgrado son menos Asertivos que los que Sí la creen necesaria.

**5.2.** De igual modo, los sujetos menos Asertivos tienden a estar más deprimidos y tienen más Ansiedad; como lo corrobora la literatura al respecto que considera al Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS) un eficaz amortiguador de la Ansiedad y la Depresión.

**6.** Los resultados en la **ESCALA DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI)** nos ofrecen un preocupante 25,6% de Alumnos con niveles clínicos de Depresión.

**6.1.** Es especialmente relevante el destacar que las mujeres presentan menores porcentajes de niveles depresivos que los varones.

**6.2.** Estos valores clínicos depresivos abundan más entre los Alumnos que No creen tener HHSS, los que No han realizado Cursos al respecto y los que No creen necesaria su realización en el Posgrado; en clara correlación con lo dicho en el punto 5.2 de estas conclusiones.

**6.3.** De igual modo, los que presentan Depresión tienden a reflejar una conducta Agresiva (no asertiva) y niveles altos de Ansiedad Estado y Rasgo (con lo que nos encontramos con cuadros mixtos de Ansiedad/Depresión).

**7.** Por último, en lo tocante a los Alumnos, y atendiendo al **CUESTIONARIO ANSIEDAD STAI (ANSIEDAD ESTADO: A/E) y (ANSIEDAD RASGO: A/R)**, nos encontramos ante una población ansiosa; pero las mujeres son (Rasgo) y tienen (Estado) más Ansiedad que los varones, tal y como apunta la bibliografía al respecto.

## **B) PROFESIONALES**

**1º.** Se trata también de una población con un predominio **EMINENTEMENTE FEMENINO**; constatándose lo descrito en la literatura como “feminización de las Profesiones Sanitarias”.

**1.1.** Las mujeres son más jóvenes que los varones, lo que evidencia que el acceso a la Universidad ha sido en ellas más tardío y reciente.

**1.2.** Se constata también que las mujeres tienen una situación administrativa significativamente inferior a los varones, pues la mayoría de éstas son Personal Eventual.

**1.3.** De igual modo, las mujeres trabajan más en AP y en horario de tarde y/o mañana -tarde (por lo que sufren más sobreestrés por Turnicidad).

**1.4.** Son las que en mayor proporción creen que No poseen HHSS; aunque, en realidad, son más Asertivas que los varones, que -sin embargo- afirman Sí poseerlas;

aunque esta autopercepción tan optimista no se evidencia en la Prueba Objetiva al respecto (el RAS).

2º. Respecto a la **EDAD**, nos encontramos con que la población de los Profesionales de Fisioterapia es eminentemente joven (tan sólo el 11,4% tiene más de 50 años), frente a lo que sucede en otras Profesiones Sanitarias en España.

3º. La inmensa mayoría de los sujetos Cree tener HHSS suficientes, sobre todo los varones, en los que ya comentamos la clara disparidad entre lo que creen poseer y lo que realmente tienen. De hecho, la mayoría de los Profesionales que creen tener HHSS no las poseen y viceversa.

4º. Una gran mayoría de los Profesionales **NO HAN REALIZADO CURSOS SOBRE HHSS**; aunque, al igual que los Alumnos, los que Sí los han hecho (el 32,4%) son los que creen en mayor medida que la realización de éstos en el Posgrado es necesaria.

5º. Pese a todo, y por fortuna, la inmensa mayoría **CREE NECESARIA LA REALIZACIÓN DE TALES CURSOS EN EL POSGRADO**; constatándose también aquí -como con los Alumnos- que a mayor conocimiento sobre qué son las HHSS, más conveniente se percibe una formación específica al respecto.

6º. De igual forma que en el caso de los Alumnos, en el **RAS** se evidencia que el estilo de comunicación que presentan los Profesionales es tan sólo moderadamente Asertivo, cuando -como ya se dijo antes- lo deseable sería un mayor nivel de Asertividad y Habilidad Social.

6.1. Dentro de esta tónica general, son más asertivos las mujeres y los de mayor edad.

**6.2.** Es preocupante que el Personal Fijo (o sea, el de más experiencia) sea el menos asertivo.

**6.3.** Como era esperable, se destaca que los Profesionales que Sí han realizado Cursos sobre HHSS son más asertivos que los que No los han realizado; de ahí la validez formal de tales Cursos.

**6.4.** Los Profesionales menos asertivos tienden a manifestar más Depresión, están y tienen más Ansiedad y sufren más Estrés Laboral; con lo que una vez más se recalca la necesidad de desarrollar un estilo asertivo de comunicación, lo cual se logra mediante el EHS (como hemos visto en el punto anterior).

**7º.** Según el **BDI**, la gran mayoría de los Profesionales no presenta Depresión; aunque sí aparecen porcentajes importantes en las categorías de Depresión Leve (14,3%) y Moderada (4,8%); lo que totaliza casi un 20% de Profesionales de Fisioterapia, en ejercicio, con niveles clínicos depresivos.

**7.1.** Es necesario destacar que las mujeres presentan niveles inferiores y porcentajes menores de Depresión que los varones; al igual que sucedía con los Alumnos. Esto ocurre aún sufriendo ellas -como veremos- más Estrés Laboral. Este dato es muy importante pues siempre los estudios al respecto nos hablaban de un mayor nivel depresivo en las mujeres; aunque nuestro dato concuerda con nuevas y recientes investigaciones al respecto, que coinciden en demostrar -como nosotros- que las mujeres Profesionales, aún con mayor nivel de Estrés, sufren menos Depresión; no debiendo olvidar que las mujeres presentan mayores niveles de HHSS.

**7.2.** Tienden a padecer Depresión Leve los Profesionales que NO creen tener HHSS y

los que reflejan una conducta Agresiva (no asertiva); por lo que otra vez se evidencia el valor amortiguador de las HHSS al respecto.

**7.3.** Se constata que, a medida que los sujetos están más deprimidos, tienen más Ansiedad y sufren más Estrés Laboral.

**8º.** Atendiendo al **STAI**, nos encontramos ante una población bastante y mayoritariamente ansiosa (lo que debemos unir al 20% con Depresión); destacando que los varones Profesionales son y tienen más Ansiedad que las mujeres, frente a la literatura al respecto anterior a los recientes estudios mencionados que abunda en que los porcentajes de Ansiedad en las mujeres son mayores que en los varones (como en efecto, se ha manifestado en nuestro caso en los Alumnos). Esto nos hace apuntar hacia la hipótesis -para seguir investigando en el tema- de que este mayor Estrés Laboral en las mujeres, que no se traduce en Depresión ni Ansiedad (o, al menos, en menor medida que en los varones) tal vez se deba a su mayor nivel en HHSS, y/o a que este Estrés Laboral -en las mujeres- genera somatizaciones (p. ej. dolores y trastornos psicósomáticos).

Esta sugerente línea de investigación pretendemos abordarla inmediatamente en nuestro Grupo.

**8.1.** Los Profesionales que NO creen tener HHSS, No han realizado cursos y No creen necesaria su realización en el Posgrado tienen más Ansiedad; lo que otra vez nos lleva a lo comentado acerca del valor amortiguador de las HHSS.

**8.2.** De igual modo, se constata que los Profesionales que tienen niveles altos de Ansiedad sufren Depresión, son menos Asertivos y padecen más Estrés Laboral.



**9º.** Por último, respecto al **ESTRÉS** Profesional (según el Cuestionario EAE-S), cabe decir que este Estrés Laboral está muy presente entre los Fisioterapeutas, con un 39% que lo sufren.

**9.1.** Es de destacar que las mujeres padecen más Estrés Laboral; aunque éste se traduzca en menos Depresión y Ansiedad -como ya vimos-.

**9.2.** Siguen la misma tendencia los más jóvenes, los que trabajan en AE y los que están en turno rotatorio (mañana-tarde) por la presión de la Turnicidad; también la siguen los que No creen tener HHSS, No han realizado Cursos al respecto y No creen necesaria la realización de los mismos en el Posgrado.

**9.3.** Salvo en las mujeres, se constata que conforme aumenta el Estrés van apareciendo niveles superiores de Depresión; de igual modo, y sobre todo en los varones, los que presentan un nivel alto de Estrés Laboral reflejan un estilo de conducta Agresivo (según el RAS) así como niveles altos de Ansiedad.

#### **EN SÍNTESIS, Y UNIENDO AMBAS MUESTRAS, PODEMOS CONCLUIR:**

**1º.** Tanto la población de Alumnos cuanto la de los Fisioterapeutas de la Provincia de Cádiz son eminentemente femeninas.

**2º.** Las mujeres son más asertivas que los hombres en ambas poblaciones.

**3º.** El nivel de HHSS y Asertividad está por debajo de lo deseable para los Profesionales de Ciencias de la Salud; aunque los que Sí han realizado Cursos al respecto son más asertivos.

**4º.** Casi todos coinciden en la necesidad de que se impartan Cursos y Formación específica al respecto (más cuanto más conocimientos se poseen sobre el tema); siendo, precisamente, los menos asertivos los que no consideran necesarios tales Cursos.

**5º.** La autopercepción sobre las HHSS que tienen, sobre todo los varones, está muy por encima de las que realmente poseen.

**6º.** La formación en HHSS y el Estilo Comunicativo Asertivo se evidencian como amortiguadores eficaces ante la Depresión y la Ansiedad; de hecho, los menos asertivos y quienes no han realizado Formación específica o Cursos sobre HHSS son quienes sufren más Depresión y Ansiedad.

**7º.** Al hilo de lo dicho, son preocupantes los porcentajes de Estrés Laboral, Ansiedad y Depresión entre los Profesionales.

**8º.** Las mujeres Profesionales padecen más Estrés Laboral que los varones, aunque - en concordancia con recientes investigaciones al respecto- éste no se traduce tanto en Depresión ni Ansiedad; siendo -en nuestro caso- las mujeres menos depresivas y ansiosas que los varones.

## ***REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS***

---

## **I. INTRODUCCIÓN**

1. **Ilana R y Doneson B.** El papel del fisioterapeuta en la rehabilitación emocional. En D Krueger (Ed.). Psicología de la rehabilitación. (pp.237-249). Herder. Barcelona.1988.
2. **Caballo V.** Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Siglo XXI. Madrid. 1993.
3. **Ovejero A.** Las relaciones humanas. Psicología Social Teórica y Aplicada. Biblioteca Nueva. Madrid. 1998.
4. **Lupiani M, Gala F, Lupiani S et al.** Asertividad en Atención Primaria. Estudio de la comunicación del personal sanitario en Centros de Salud de Cádiz. En J Pérez et al (Eds.). Avances recientes en Psicología Clínica y de la Salud. (pp. 242). Funveca. Granada. 1999.
5. **Gala F, Lupiani M, Guillén C et al.** Intervención en el personal sanitario de Atención Primaria (AP) para paliar/prevenir el Burnout y mejorar su capacidad de ayuda. Diseño de un programa. En J Alberca (Ed.). Cuestiones actuales en psicología clínica y psiquiatría. (pp. 43-47). Publicación del Centro Clínico Los Naranjos. Málaga. 2000.
6. **Ley General de Sanidad**, Ley 4/1986, BOE 25 de abril. 1986.
7. **Taylor S y Brow J.** Illusion and well-being: a social psychological perspective on mental health. Psychological Bulletin, 103: 193-210. 1988.
8. **Simpson L y Grant L.** Sources of Magnitude of Job Stress Among Physicians. Journal of Behavioural Medicine, 14 (1): 27-41. 1991.
9. **Payne R y Firth-Cozens J.** Stress in Healt Professionals. John Wiley. Chichester.1987.
10. **Cartwrig L.** Sources and effects of stress in health careers. En G Stone, F Cohen y N Adler (Eds.). Health Psychology. (pp. 90-110). Jossey Bass. San Francisco. 1979.
11. **Nanette L y Doernberg D.** La salud mental de quienes trabajan con incapacitados. En D Krueger (Ed.). Psicología de la rehabilitación. (pp.193-197). Herder. Barcelona. 1988.

12. **Hernández L y Gervas C.** Estrés en los profesionales sanitarios. En J Gestal (Ed.). Riesgos del trabajo del personal sanitario. (pp. 447-457). Mc Graw-Hill Interamericana. Madrid. 1996.
13. **Gómez M.** Cómo dar las malas noticias en medicina. Arán (2ª Edic.). Madrid. 1998.
14. **García L.** La relación terapeuta paciente en la práctica Fisioterapéutica. Ciencias de la Salud, 4 (1): 34-51. Bogotá. 2006.
15. **Castanyer O.** La Asertividad: Expresión de una sana autoestima. Desclée de Brouwer (2ª Edic.). Barcelona. 2008.
16. **Knapp L.** La Comunicación No Verbal. El cuerpo y el entorno. Paidós (5ª Edic.). Barcelona. 2002.
17. **Gala F, Lupiani M, Romero J et al.** La comunicación de malas noticias, reto para el Profesional Sanitario (P.S.). Un abordaje desde la Psicología de la Salud. Psicología de la Salud, 18 (2):77-111. 2006.
18. **Sybil J y Kobl M.** Factores psicosociales ansiógenos en la adaptación a la incapacidad. En D Krueger (Ed.). Psicología de la rehabilitación. (pp.71-81). Herder. Barcelona. 1988.
19. **Sybil J y Kobl M.** Ibidem. 1988.
20. **Swain J.** Comunicación interpersonal. En S French y J Simm (Eds.). Fisioterapia: un enfoque psicosocial. (pp.193-205.). Mc Graw-Hill. Interamericana. (3ªEdic.). Madrid. 2006.
21. **Ilana R y Doneson B.** Op. cit. 1988.
22. **Knapp L.** Op. cit. 2002.
23. **Mascaró J.** Expresión y comunicación no verbal. Publicaciones de la Universidad de Barcelona. Barcelona. 1980.
24. **Knapp L.** Op. cit. 2002.
25. **Ilana R y Doneson B:** Op. cit.1988.
26. **Ilana R y Doneson B.** Ibidem. 1988.
27. **Ilana R y Doneson B.** Ibidem. 1988.

28. **Betty J y Bartels M.** Atenciones psicosociales tempranas en traumatismos graves. En D Krueger (Ed.). Psicología de la rehabilitación. (pp. 43-55). Herder . Barcelona. 1988.
29. **Jiménez C.** Ciencias Psicosociales Aplicadas a la Salud II. Scientiae Salutis. Universidad de Córdoba. Córdoba. 2001.
30. **Ilana R y Doneson B.** Op. cit. 1988.
31. **Bochner S.** Doctors, patients and their cultures. En D Pendleton y J Hasler (Eds.). Doctor patient communication. (pp. 54-75). Academic Press. Londres. 1990.
32. **Gala F, Díaz M, Lupiani M et al.** La Psicología de la Salud en el nuevo curriculum de la Diplomatura de Enfermería. Rev. Rol de Enfermería, 206: 37-43. 1995.
33. **Mary D y Romano E.** El medio terapéutico en el proceso de rehabilitación. En D Krueger (Ed.). Psicología de la rehabilitación. (pp. 63-70). Herder. Barcelona. 1988.
34. **Bochner S.** Op. Cit. 1990.
35. **Swain J.** Op. cit. 2006.
36. **Robledo de Dios M.** La comunicación en la relación entre el paciente y el profesional de Enfermería. En J Latorre y P Beneit (Eds.). Psicología de la Salud. (pp.159-173). Tebar. Albacete. 1992.
37. **C.I.E.** Informe nº 39, párrafo 41: Conferencia de Nairobi. Nairobi. 1972.
38. **Peitchinis J.** La comunicación entre el personal sanitario y los pacientes. Alhambra (2ª Edic.). Madrid. 1989.
39. **Ilana R y Doneson B.** Op. cit.1988.
40. **Pendleton D y Hasler J.** Doctor-patient communication. Academic. Press. Londres. 1990.
41. **Cabrero J, Richart M y Reig A.** Evaluación de la satisfacción del paciente hospitalizado. Empleo de una matriz multirriesgo-multimétodo reducida. Análisis y Modificación de Conducta, 19: 61-72. 1993.
42. **Aguilar R, Meléndez A, Ortega O et al.** Análisis sociológico del grado de satisfacción de los usuarios con la información recibida en los hospitales

públicos de Andalucía. Comunicación al II Simposio de la S.A.A.V.S. Hospital Universitario de Pto. Real. Cádiz. 1995.

43. **Rodríguez A.** Burnout. Trabajo en unidades de alto riesgo. En J Gestal (Ed.). Riesgos del trabajo del personal sanitario. (pp. 459-464). Interamericana Mac Graw-Hill (2ª Edic.). Madrid. 1996.
44. **Payne R y Firth-Gozens J.** Stress in health professionals. John Wiley and Sons. New York. 1987.

## II. EL ESTADO DE LA CUESTIÓN

### 2.1.- LAS HABILIDADES SOCIALES

1. **Thorndike E y Gesham D.** Intelligence and its uses. Harpers magazine, 140: 220-235. 1920
2. **Jack L.** An experimental study of ascendant behavior in preschool children. University of Iowa studies in child Welfare. Iowa. 1934.
3. **Page L.** The modification of ascendant behavior in preschool children. University of Iowa studies in child Welfare. Iowa. 1936.
4. **Williams H.** A factor analysis of Berne's social behavior in young children. Journal of Experimental Educatio, 4: 143-146. 1935.
5. **Murphy G, Murphy L y Newcomb T.** Experimental social phychology. Harper and Row. New York. 1937.
6. **Thompson G.** Child Psychology. Houghton-Mifflin. Boston. 1952.
7. **Salter A.** Conditioned reflex therapy. Farrar. Strauss and Giroux. 1949.
8. **Wolpe J.** The practice of behaviour therapy. Pergamon. Nueva York. 1958.
9. **Wolpe J y Lazarus A.** Behavior therapy techniques. A guide to the treatment of neurosis. Pergamon. New York. 1966.
10. **Bandura A.** Teoría del aprendizaje social. Espasa-Calpe. Madrid 1987.
11. **García J, Saiz M y Gil F.** Conceptos supuestos y modelo explicativo de las habilidades sociales. En F Gil, M León y M Jarana (Eds.). Habilidades sociales y salud. (pp. 47-57). Eudema. Madrid. 1998.
12. **Alberti R y Emmons M.** Your perfect right: A guide to assertive behavior. Impact publisher. San Luis Obispo. California. 1978.
13. **Eisler R y Frederiksen L.** Perfecting social skills: A guide to intepersonal behavior development. Plenum. Nueva York. 1980.
14. **Hersen M, Bellack A, Turner S et al.** Psychometric properties of the Wolpe-Lazarus assertiveness scale. Behavior Research and Therapy, 17: 63-69. 1979.



15. **Mcfall R.** A review and reformulation of the concept of social skills. Behavioral Assessment, 4: 1-33. 1982.
16. **Goldstein A, Sprafkin R, Gershaw N et al.** Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia. Martínez-Roca. Madrid. 1989.
17. **Caballo V.** Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Siglo XXI (5ª Edic.). Madrid. 2002.
18. **Meichenbaum D, Butler L y Gruson L.** Toward a conceptual model of social competence. En J Wine y M Smye (Eds.). Social competence. (pp. 62-80). Guilford Press. Nueva York. 1981.
19. **Trower P.** A radical critique and reformulation, from organism to agent. En P Trower (Ed.). Radical approaches to social skills training. (pp. 90-105). Croom Helm. London. 1984.
20. **Fensterheim H y Baer C.** No diga sí cuando quiera decir no. Grijalbo. Barcelona. 1976.
21. **Wolpe J y Lazarus A.** Op. cit. 1966.
22. **Alberti R y Emmons M.** Op. cit. 1978.
23. **Libert J y Lewinsohn P.** The concept of social skill with special reference to the behavior of depressed persons. Journal of consulting and Clinical Psychology, 40: 304-312. 1973.
24. **Rimm D y Master J.** Behavior therapy: Techniques and empirical findings. Academic. Nueva York. 1974.
25. **Rich A y Schroeder H.** Research issues in assertiveness training. Psychological Bulletin, 83: 1081-1096. 1976.
26. **Hersen M, Bellack A y Turner S.** Assessment of assertiveness in female psychiatric patients: Motor and autonomic measures. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 9: 11-16. 1978.
27. **Alberti R y Emmons M.** Op. cit. 1978.
28. **McDonald M.** Measuring assertion. A model and a method. Behavior therapy, 9: 889-899. 1978.
29. **Phillips E.** The social skills bases of psychopathology. Grune and Stratton. Londres. 1978.

30. **Hargie O, Saunders C y Dickson D.** Social skills in interpersonal communication. Croom Helm. Londres. 1981.
31. **Kelly J.** Social-skills training: A pratical guide for intervention. Springer. New York. 1982.
32. **Blanco A.** Evaluación de las habilidades sociales. En R Fernández y J Carroble (Eds.). Evaluación conductual: metodología y aplicaciones. (pp. 567-605). Pirámide. Madrid. 1983.
33. **Linehan M y Goldfried, M.** Assertion therapy: skill training or cognitive restructuring. Behavior Therapy, 10: 372-388. 1979.
34. **Caballo V.** Op. Cit. 2002.
35. **Caballo V.** Ibidem. 2002.
36. **Gismero E.** Habilidades sociales y anorexia nerviosa. Publicaciones de la Universidad Pontificia. Madrid. 1996.
37. **Spitzberg B y Cupach W.** Conversational skill and locus of perception. Journal of Psychopathology and Behavioral assessment, 7: 207-220. 1985.
38. **Buck R.** Temperament, social skills, and the communication of emotion: A developmental-interactionist view. En D Gibert y G Connolly (Eds.). Personality, social, skills, and psychopathology. An individual differences approach. (pp. 50-61). Plenum. Nueva York. 1991.
39. **Fernández-Ballesteros R.** Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en Psicología Clínica y de la Salud. Pirámide. Madrid. 1994.
40. **Trianes M, Muñoz A y Jiménez M.** Competencia social: Su educación y tratamiento. Pirámide. Madrid. 1997.
41. **Bellack A y Morrison R.** Interpersonal dysfunction. En A Bellack, M Hersen y A Kazdin (Eds.). International handbook of behavior modification and therapy. (pp. 25-32). Plenum. Nueva York. 1982.
42. **Kelly J.** Op. cit.1982.
43. **Curran J, Wessberg H et al.** Social skills and social anxiety: Are different laboratoires measuring the same constructs. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50: 396-406. 1982.

44. **Argyle M.** Psicología del comportamiento interpersonal. Alianza. Madrid. 1978.
45. **Kelly J.** Entrenamiento de las habilidades sociales. Desclée de Brouwer. Bilbao. 1987.
46. **Monjas I, Verdugo M y Arias B.** Eficacia de un programa para enseñar habilidades de interacción social al alumnado con necesidades educativas especiales en educación primaria e infantil. Siglo Cero, 6: 15-27. 1995.
47. **Gismero E.** E.H.S. Escala de Habilidades Sociales. Publicaciones de Psicología Aplicada. Madrid. 2000.
48. **Pelechano V.** Habilidades interpersonales: Antecedentes, sentido y operacionalización. Análisis y modificación de conducta, XXV (100): 171-195. 1999.
49. **Thorndike E y Gesham D.** Op. cit. 1920.
50. **Goleman D.** Inteligencia Emocional. Círculo de Lectores. Barcelona. 1995.
51. **Goleman D.** Inteligencia Social. Círculo de Lectores. Barcelona. 2007.
52. **Monjas I.** Programa de entrenamiento en habilidades en interacción social. Trilce. Salamanca. 1994.
53. **Cobb S.** Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic medicine, XXXVIII (5): 300-314. 1976.
54. **Rush J Beck A, Shaw B et al.** Cognitive therapy of depression. Guilford Press. Nueva York. 1979.
55. **Monereo C.** Un análisis crítico de los componentes vinculados a la integración escolar. Siglo Cero, 101: 26-46. 1985.
56. **Vallés A y Vallés C.** Las habilidades sociales en la escuela: una propuesta curricular. EOS. Madrid. 1996.
57. **Alberti R.** Comments on differentiating assertion and aggression: some behavioral guidelines. Behavior Therapy, 8: 353-354. 1977.
58. **Van Hasselt V, Hersen M, Whitehill M et al.** Social skill assessment and training for children: An evaluative review. Behavior research and therapy, 17: 413-437. 1979.
59. **Bandura A.** Op. cit. 1987.

60. **Skinner B.** Behaviorism at fifty. Journal of Food Science, 134: 566-602.1963.
61. **Mahaney M y Kern J.** Variations in role-play test of heterosocial performance. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51:151-152.1983.
62. **García-Pérez E y Magaz A.** Enseñanza de solución cognitivas para evitar problemas interpersonales. Programa de enseñanza de habilidades sociales y educación en valores para la convivencia. Grupo Albor-Cohs. Madrid. 1997.
63. **Bandura A.** Op. cit. 1987.
64. **Calleja A.** El entrenamiento en habilidades sociales en mujeres. Un estudio comparativo entre un EHS cognitivo-conductual y un EHS conductual. Tesis Doctoral. Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación. Sección: Psicología. Universidad de Deusto. Bilbao. 1994.
65. **León J, Barriga S, Medina S. et al.** Psicología social: orientaciones teóricas y ejercicios prácticos. McGraw-Hill. Madrid. 1998.
66. **Dollard J y Miller N.** Personallty and psychotherapy: An análisis in tremsoiflearning. Yale University Press. New York. 1950.
67. **Gondra J.** Mecanismos asociativos del pensamiento. La obra magna de Clark Hull. Desclée de Brouwer. Bilbao. 2007.
68. **Bandura A y Walters R.** Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. Alianza. Madrid. 1978.
69. **León J, Barriga S, Gómez T. et al.** Op. cit. 1998.
70. **León J, Barriga S, Gómez T et al.** Ibidem.1998.
71. **Miller N y Dollard J.** Op. cit. 1941.
72. **Bandura A.** Op. cit. 1987.
73. **Kelly J.** Op. cit.1987.
74. **Trower P, Bryant B y Argyle M.** Social skills and mental healt. Methuen. Londres.1978.
75. **León J, Cantero F, Medina S et al.** Evaluación y entrenamiento en las habilidades sociales. En J León S Barriga, T Gómez et al (Eds.). Psicología

- Social: orientaciones teóricas y ejercicios prácticos. (pp. 433-452). McGraw-Hill. Madrid. 1998.
- 76. Argyle M y Kendon A:** The experimental analysis of social performance. *Advances in Experimental Social Psychology*, 3: 55-98. 1967.
- 77. García-Saíz M y Gil F.** Conceptos, supuestos y modelo explicativo de las Habilidades Sociales. En F Gil, J León y L Jarana (Eds.). *Habilidades sociales y salud*. (pp. 47-57). Eudema. Madrid. 2000.
- 78. León J y Medina S.** *Psicología Social de la Salud. Fundamentos teóricos y metodológicos*. Comunicación Social. Sevilla. 2002.
- 79. McFall R.** Op. cit. 1982.
- 80. Vallés A y Vallés C.** Op. cit. 1996.
- 81. Schlundt D y McFall R.** New directions in the assessment of social competence and social skills. En L'Abate y M Milan (Comps.). *Handbook of social skills training and research*. (pp.120-129). Wiley. Nueva York. 1985.
- 82. Trower P, Bryant B y Argyle M.** Op. cit. 1978.
- 83. Trower P.** Generative Model of Social Skills: A Critique and Síntesis. En J Curran y P Monti (Eds). *Social Skills Training*. (pp. 85-115). Guilford Press. New York. 1982.
- 84. Trower P.** Op. cit. 1984.
- 85. Trower P, Bryant B y Argyle M.** Op. cit. 1978.
- 86. Wallace C.** The social skills training project of the Mental Health Clinical Research Center for the Study of Schizophrenia. En P Curran, P Monti et al. *Social skills training: a practical handbook for assessment and treatment*. (pp.92-118). Guilford Press. Nueva York. 1982.
- 87. Trower P, Bryant B y Argyle M.** Op. cit. 1978.
- 88. Wallace C, Nelson C, Liberman R et al.** A review and critique of social skills training with schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, 6: 42-63. 1980.
- 89. Trower P.** Op. cit. 1984.
- 90. Caballo V.** Op. cit. 2002.
- 91. Caballo V.** Ibidem. 2002.

92. **Lazarus A.** On assertive behaviour: A brief note. *Behavior Therapy*, 4: 697-699. 1973.
93. **Kelly J.** Op. cit. 1987.
94. **Monjas I.** Op. cit. 1994.
95. **Vallés A y Vallés C.** Op. cit. 1996.
96. **Caballo V.** Op. cit. 2002.
97. **Caballo V.** Ibidem. 2002.
98. **McFall R.** Op. cit. 1982.
99. **Caballo V.** Op. cit. 2002.
100. **Bryant B, Trower P, Yardley K, et al.** A survey of social inadequacy among psychiatric outpatients. *Psychological medicine*, 6: 101-112. 1976.
101. **Trower P.** Situational analysis of the components and processes of behaviour of socially skilled and unskilled patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48: 327-329. 1980.
102. **Rich A y Schroeder H.** Op. cit. 1976.
103. **Trower P, Bryant B y Argyle M.** Op. cit. 1978.
104. **Kelly J.** Op. cit. 1982.
105. **Alberti R y Emmons M.** Op. cit. 1978.
106. **Jerrelman A, Jansson L y Öst L.** Cognitive and physiological reactivity and the effects of different behavioural methods in the treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 24: 171-180. 1986.
107. **Chiauzzi E, Heimberg R, Becker R et al.** Personalized versus standar role plays in the assessment of depressed patients social skill. *Journal of Psychopathology and Behavioral Research Assessment*, 7: 121-133. 1985.
108. **Spitzberg B y Cupach W.** Op. cit. 1985.
109. **Kendall P.** Methodology and cognitive-behavioral assessment. *Behavioural Psychotherapy*, 11: 285-301. 1983.
110. **Kendall P y Hollin S.** Assessment strategies for cognitive-behavioral interventions. Academic Press. Londres. 1981.
111. **Merlizzi T, Glass C y Genest M.** Cognitive assessmen. Guilford Press. Nueva York. 1981.

- 112. Caballo V.** Evaluación de las habilidades sociales. En G Buéla-Casal, J Sierra y V Caballo (Eds.). Manual de evaluación en Psicología clínica y de la Salud. (pp 377-421). Siglo XXI. Madrid. 1996.
- 113. Caballo V.** Ibidem.1996.
- 114. Nieto J y Abad M.** La entrevista clínica. En J Nieto y M Abad (Coords.). Psicología para Ciencias de la Salud. Estudio del comportamiento humano ante la enfermedad. (pp.105-129). Mc Graw-Hill. Interamericana. Madrid. 2004.
- 115. Alberti R y Emmons M.** Op. cit. 1978.
- 116. Hackney H.** Facial gestures and subject expresión of feelings. Journal of Counseling Psychology, 21:173-178. 1974.
- 117. MacFall M, Winnett R, Bordewick M et al.** Nonverbal components in the communication of assertiveness. Behavior Modification, 6:121-140.1982.
- 118. Rich A y Schroeder H.** Op. cit.1976.
- 119. Fast J.** El lenguaje del cuerpo. Kairós. Barcelona. 1971.
- 120. Argyle M y Cook M.** Gaze and mutual gaze. University Cambridge Press. Nueva York. 1976.
- 121. Kendon A.** Some functions of gaze-direction in social interaction. En M Argyle (Ed.). Social encounters: Readings in social interaction. (pp. 86.98). Middlesex. Penguin. 1967.
- 122. Trower P y O'Mahony P.** Problems of social failure -can social psychology help?.Comunicación presentada en la British Psychology Society, Loughborough. 1978.
- 123. Cherulnik P, Nelly W, Flanagan M et al.** Social skill and visual interaction. The Journal of Social Psychology, 104: 263-270. 1978.
- 124. Trower P.** Op. cit. 1984.
- 125. Argyle M.** Social interaction. Methuen. Londres. 1969.
- 126. García J.** Introducción a la comunicación humana. En M Tazón, J García y L Aseguinolaza. Relación y comunicación. (pp. 55-62). D.A.E. Madrid. 2002.
- 127. Alberti R y Emmons M.** Op. cit. 1978.
- 128. Argyle M.** Op. cit. 1978.

129. **Davis F.** La comunicación no verbal. Alianza Editorial. Madrid. 1976.
130. **Mehrabian A.** Nonverbal communication . Aldine-Atherton. Londres. 1972.
131. **Mehrabian A.** Inference of attitudes from the posture, orientation and distance of a communicator. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 32: 296-308. 1968.
132. **Trower P, Bryant B y Argyle M.** Op. cit. 1978.
133. **Alberti R y Emmons M.** Op. cit. 1978.
134. **Argyle M.** Bodily communication. Methuen. Londres. 1975.
135. **Morris D.** A field guide to human behaviour. Capre. Londres. 1977.
136. **Argyle M.** Op. cit. 1978.
137. **Trower P, Bryant B y Argyle M.** Op. cit. 1978.
138. **Knapp L.** Comunicación no verbal: el cuerpo y el entorno. Paidós (5ª Edic.). Barcelona. 2002.
139. **Mehrabian A.** Op. cit. 1968.
140. **Hall E.** La dimensión oculta. Siglo XXI. Madrid. 1976.
141. **Knapp L.** Op. cit. 2002
142. **Henley N.** Body politics: Power, sex and nonverbal communication. Englewood Cliffs. Prentice-Hall. New Jersey. 1977.
143. **Heslin R.** Steps Toward a Taxonomy of Touching. Trabajo presentado a la Midwestern Psychological Association. Chicago. 1974.
144. **Gala F, Lupiani M, Guillén C et al.** El deseo y el amor: el hombre inacabado. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace, 74: 30-45. 2005.
145. **Argyle M.** Op. cit. 1978.
146. **Ekman P y Friesen W.** Non-verbal leakage and clues to deception. *Psychiatry*, 32: 88-105. 1969.
147. **Trower P, Bryant B y Argyle M.** Op. cit. 1978.
148. **Addington D.** The relationship of selected vocal characteristics to personality perception. *Speech Monographs*, 35: 492-503. 1968.
149. **Cook M.** Anxiety, speech disturbances and speech rate. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 8:13-21. 1969.



150. **Argyle M.** Op. cit. 1978.
151. **Kleinke C, Kahn M y Tully T.** First impressions of talking rates in oppositesex and same-sex interaction. *Social Behavior and Personality*, 7: 81-91. 1979.
152. **Caballo V y Buela G.** Diferencias conductuales, cognoscitivas y emocionales entre sujetos de alta y baja habilidad social. *Análisis del Comportamiento*, 4:1-19. 1989.
153. **Lazarus A.** Op. cit. 1973.
154. **Caballo V.** Op. cit. 1996.
155. **Caballo V.** Op. cit. 2002.
156. **Argyle M.** Op. cit. 1978.
157. **Trower P.** Social fit and misfit: An interactional account of social difficulty. En A Furnham (Ed.). *Social behaviour in context*. (pp. 23-40). Lawrence Erlbaum. Londres. 1986.
158. **Conger J y Farell A.** Behavioral components of heterosocial skills. *Behavior Therapy*, 12: 41-55. 1981.
159. **Trower P.** Op. cit. 1980.
160. **Argyle M y Kendon A.** Op. cit. 1967.
161. **Vallés A y Vallés C.** Op. cit. 1996.
162. **Kendall P.** Op. cit. 1983.
163. **Ellis A.** Razón y emoción en psicoterapia. Desclée de Brouwer. Bilbao. 1980.
164. **Caballo V.** Op. cit. 2002.
165. **Argyle M.** Op. cit. 1978.
166. **Vallés A y Vallés C.** Op. cit. 1996.
167. **Caballo V.** Op. cit. 2002.
168. **Wolpe J.** Práctica de la terapia de la conducta. Trillas. México. 1979.
169. **Fernández-Ballesteros R.** Evaluación de ambientes: una aplicación de la Psicología Ambiental. En B Jiménez y J Aragonés (Eds.). *Introducción a la Psicología Ambiental*. (pp.45-55). Alianza. Madrid. 1986.

- 170. Bellack A y Morrison R.** Interpersonal dysfunction. En A Bellack , M Hersen y A Kazdin (Eds.). International handbook of behaviour modification and therapy. (pp. 25-32). Plenum Press. Nueva York. 1982.
- 171. Sullivan H.** The interpersonal theory of psychiatry . Norton. Nueva York. 1953.
- 172. Gilbert D y Connolly J.** Personalidad, habilidades sociales y psicopatología. Omega. Barcelona. 1995.
- 173. Wilson H, Spencer S y Kavanagh D.** Cognitive behavioural interviewing for adult disorders: a practical handbook. Routledge. Londres. 1989.
- 174. Caballo V.** Op. cit. 2002.
- 175. Caballo V.** Ibidem. 2002.
- 176. Riso W.** Entrenamiento asertivo. Aspectos conceptuales, evaluativos y de intervención. Rayuela. Medellín. 1988.
- 177. Caballo V.** Op. cit. 2002.
- 178. Argyle M.** Op. cit. 1978.
- 179. Hidalgo C y Abarca N.** Comunicación interpersonal: programa de entrenamiento en Habilidades Sociales. Editorial Universitaria. Santiago. 1992.
- 180. Juri A y Molina V.** Asertividad: Un concepto en evolución. Tesis Doctoral. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile. 1982.
- 181. Caballo V.** Op. cit. 2002.
- 182. Pendleton D y Hasler J.** Doctor-patient communication. Academic Press. Londres. 1990.
- 183. León J y Jarana L.** Habilidades sociales en el trabajo de Enfermería. Fuden. Madrid. 1990.
- 184. Gala F, Lupiani M, Díaz M et al.** Oportunidad de una formación académica específica en técnicas de Comunicación y en HHSS para los alumnos de Ciencias de la Salud. En J Alberca y C Prieto (Eds.) Avances en Psicología Clínica y de la Salud. (pp. 24-36). Publicaciones del Centro Clínico Los Naranjos. Málaga. 1997.
- 185. Alberti R y Emmons M.** Op. cit. 1978.

- 186. Lazarus A.** Op. cit. 1973.
- 187. Hidalgo C y Abarca N.** Op. cit. 1992.
- 188. Alberti R y Emmons M.** Op. cit. 1978.
- 189. Alberti R y Emmons M.** Ibidem. 1978.
- 190. Salter A.** Op. cit 1949.
- 191. Castanyer O.** La asertividad: expresión de una sana autoestima. Bilbao. Desclée de Brouwer. 1996.
- 192. Caballo V.** Op. cit. 2002.
- 193. Gala F, Lupiani M, Díaz M et al.** Necesidad de una formación específica en HH.SS y técnicas de comunicación en los estudios de Enfermería. Rev. Rol de Enfermería, 22 (4): 36-38. 1999.
- 194. Buckman R, Korsch B y Baile W.** Guía práctica de Habilidades de Comunicación en la práctica clínica. Fundación Ciencias de la Salud. Madrid. 1999.
- 195. Jiménez C.** Ciencias Psicosociales Aplicadas a la Salud II. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba. Córdoba. 2001.
- 196. Lupiani M, Gala F, Lupiani S et al.** Asertividad en Atención Primaria. Estudio de la comunicación del personal sanitario en Centros de Salud de Cádiz. En J Pérez et al (Eds.). Avances recientes en Psicología Clínica y de la Salud. (pp. 242). Funveca. Granada. 1999.
- 197. Gala F, Díaz M, Lupiani M et al.** La formación universitaria en Psicología de la Salud en las Diplomaturas Sanitarias de Enfermería y Fisioterapia. En J Alberca y C Prieto (Eds.). Psicología Clínica y de la Salud. (pp. 25-27). Publicaciones Centro Clínico Los Naranjos. Málaga. 1994.
- 198. Gala F, Lupiani, Díaz M et al.** Op. cit. 1997.
- 199. Gala F y Lupiani M, Guillén C et al.** Intervención en el Personal Sanitario de Atención Primaria (AP) para paliar/prevenir el Burnout y mejorar su capacidad de ayuda. Diseño de un programa. En J Alberca (Ed.). Cuestiones actuales en psicología clínica y psiquiatría. (pp. 43-47). Publicación del Centro Clínico Los Naranjos. Málaga. 2000.

- 200. Adorno R.** La bioéthique et la dignité de la personne (2<sup>a</sup> Edic.). PUF. París. 2003.
- 201. López de la Vieja.** Bioética. Entre la Medicina y la Ética. Universidad de Salamanca. Salamanca. 2005.
- 202. Lucas R.** Antropología y Problemas Bioéticos. BAC. Madrid. 2001.
- 203. Tomás G.** Bioética, un compromiso existencial y científico. Universidad Católica de San Antonio. Murcia. 2005.
- 204. Gala F, Lupiani M, Romero J et al.** La comunicación de malas noticias, reto para el profesional sanitario. Un abordaje desde la Psicología de la Salud. *Psicología de la Salud*, 18 (2): 77-111. 2006.

## 2.2.-EL ESTRÉS Y EL ESTRÉS LABORAL

205. **Sandin, B y Chorot, P.** Evaluación del estrés psicosocial. En J Buela-Casal, V Caballo y J Sierra (Eds.). Manual de Evaluación en psicología Clínica y de la Salud. (pp. 619-656). Siglo XXI. Madrid 1996.
206. **Bravo M, Serrano-García I y Bernal G.** Estrés: Desarrollo histórico del concepto y aspectos somáticos del proceso. *Psicología*, 22 (1-2): 21-39. 1988.
207. **Hinkle I.** The concept of stress in the biological and social Sciences. En Z Lipowski et al (Eds.). *Psychosomatic medicine : Current trends and clinical implications*. (pp.23-36). Oxford University Press. Nueva York. 1977.
208. **Bernard C.** Du progrès dans les sciences physiologiques. *Revue des Deux Mondes*, 58 : 640-63. 1865.
209. **Cannon W.** La sabiduría del cuerpo. Séneca. México.1941.
210. **Selye H.** History and present status of the stress concept. En A Monat y R Lazarus (Eds.). *Stress and Coping*. (pp. 9-11). Columbia University Press. Nueva York. 1985.
211. **Engel J.** *Psychological Development in Health and Disease*. Saunders. Philadelphia. 1962.
212. **Peiró J.** *Desencadenantes del estrés laboral*. Eudema. Madrid. 1993.
213. **Selye H.** *The Stress of Life*. Mc Graw Hill. Nueva York. 1956.
214. **Edwards J y Cooper C.** The impacts of positive Psychological status on physical health: A review and Theoretical Framework. *Soc. Sci. Med*, 27 (12): 1447-1459. 1988.
215. **Gala F.** El estrés: Conceptos generales. En F Gala y C Guillén (Eds.). *El estrés y la ansiedad, males de nuestra época*. (pp. 1-12). XX Cursos de verano de la UCA. Servicio de Publicaciones de la UCA. San Roque. 1999.

- 216. Cox T y Mackay C.** A transactional approach to occupational Stress. En J Corlett y J Richardson (Eds.). Stress, productivity and Work Design. (pp. 140-148). John Wiley and Sons. Chichester. 1981.
- 217. Matteson M y Ivancevich J.** Controlling Work Stress. Effective Human Resource and Management Strategies. Jossey-Bass Publishers. San Francisco. 1987.
- 218. Lazarus R y Folkman S.** Estrés y procesos cognitivos. Martinez-Roca. Barcelona. 1986.
- 219. Peiró J.** Op cit. 1993.
- 220. DGEAS.** (Dirección General de Empleo y Asuntos Sociales). Seguridad y Salud en el trabajo. Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo. ¿La sal de la vida o el beso de la muerte?. Unidad D6. Ministerio de Trabajo. Madrid. 2005.
- 221. Bakker A, Kilmer C y Schaufeli W.** Effort-reward imbalance and burnout among nurses. Journal of Advanced Nursing, 31: 884-891.
- 222. Cooper C y Mashall J.** Understanding executive stress. Mc Millan. Londres. 1978.
- 223. Ivancevich J y Matteson M.** Estrés y trabajo. Una perspectiva gerencial. Trillas. México. 1985.
- 224. Warr P.** Work, unemployment, and mental health. Clarendon Press. Oxford. 1987.
- 225. Ivancevich J y Matteson M.** Op cit. 1985.
- 226. French J y Kahn R.** A programmatic approach to studying the industrial environment and mental health. The Journal of Social Issues, 18:1-47. 1962.
- 227. Mc Grath J.** A conceptual formulation for research on stress. En J Mc Grath (Ed.). Social and psychological factors in stress. Holt Rinehart and Winston. (pp.10-21). Nueva York. 1970.
- 228. Mc Grath J.** Stress and Behavior in Organizations .En M Dunnette (Ed.). Handbook of Industrial and Organizational Psychology. (pp.1351-1396). Rand McNally. Chicago. 1976.

- 229. Lazarus A.** Behavior rehearsal vs. non directive therapy vs. advise in effecting behavior change. Behavior Research and Therapy, 4: 209-212. 1966.
- 230. Lazarus R y Folkman S.** Op. cit. 1986.
- 231. Karasek R y Theorell T.** Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life. Basic Books. Nueva York. 1990.
- 232. Peiró J y Salvador A.** Control del estrés laboral. Eudema. Madrid.1993.
- 233. Harrison R.** Person-environment fit and job stress. En C Cooper y R Payne (Eds.). Stress at work (pp.175-208). John Wiley and Sons. Chichester.1989.
- 234. Gutiérrez J.** La promoción del eustrés. Revista electrónica de Psicología 2 (1): 3. Disponible en <http://www.psiquiatria.com>. 1998.
- 235. Psychosocial Factors at work:** Recognition and Control. Report of the Joint ILO/OMS. Committee and Occupational Health. International Labour Office. Ginebra.1986.
- 236. Peiró J.** Op cit. 1993.
- 237. Cooper C y Marshall J.** Op. cit. 1978.
- 238. Ivancevich J y Matteson M.** Op cit. 1985.
- 239. Burke R.** Sources of Managerial and Professional Stress in Large Organizations. En C Cooper y R Payne (Eds.). Causes, coping and consequences of stress at work. (pp.77-107). John Wiley and Sons. Chichester.1988.
- 240. Warr P.** Op. cit. 1987.
- 241. Peiró J.** Op. cit. 1993.
- 242. Ivancevich J y Matteson M.** Op. cit. 1985.
- 243. Loscertales M.** Las situaciones estresantes en los ámbitos sanitarios. Monografías Universitarias de San Roque. (pp. 28-38). Universidad de Cádiz. Ayuntamiento de San Roque. Cádiz. 1997.
- 244. Hernández L y Gervas M.** Estrés en los profesionales sanitarios. En J Gestal (Ed.). Riesgos del trabajo del personal sanitario. (pp.447-457). Interamericana Mc Graw-Hill (2ª Edic.). Madrid. 1996.

245. **Rodríguez A.** Burnout. Trabajo de alto riesgo. En J Gestal (Ed.). Riesgos del trabajo del personal sanitario. (pp. 458-463). Interamericana Mc Graw-Hill (2ª Edic.). Madrid. 1996.
246. **Reig A.** Estrés profesional en Enfermería: un análisis empírico en el hospital. *Enfermería Científica*, 46: 4-12. 1986.
247. **Gala F, Lupiani G, Díaz M et al.** Op. cit. 1997.
248. **Gala F, Lupiani M, Gómez A et al.** Enfermería y Burnout: un análisis de la situación española. VII Congreso Nacional de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. Valladolid. 1998.
249. **Maslach C y Jackson S.** Burnout in healt professions: A social psychological analysis. En G Sanders y J Suls (Eds.). *Social Psychology of Health and Illness* Hillsdale. (pp. 75-82). Lawrence Erlbaum. Nueva Jersey. 1982.
250. **Ryan W.** Blaming the victim Pantheon. Nueva York. 1971.
251. **Lerner M.** The Belief in a Just World: A fundamental delusión. Plenum Press. Nueva York. 1980.
252. **Moreno-Jiménez B y Peñacoba C.** El Estrés asistencial de los servicios de salud. En M Simón (Ed.). *Manual de Psicología de la salud*. (pp.739-764). Siglo XXI. Madrid. 1999.
253. **Maslach C y Jackson S.** Op cit. 1982.
254. **Deckard G, Meterlo M y Field D.** Physician burnout: An examination of personal, professional and organizacional relationships. *Medical Care*, 32: 745-754.1994.
255. **Lasagna L.** Physicians behavior toward dying patient. En O Brim, H. Freeman y S Levine (Eds.) *The Dying Patient* (pp. 85-109). Russell Sage. Nueva York. 1970.
256. **Gala F, Lupiani M, Romero J et al.** Op. cit. 2006.
257. **Hay D y Oken D.** The psychological stress of intensive care unit nursing. *Psychosom Med*, 34:109. 1972.
258. **Servellen G y Leake B.** Burn-out in hospital nurses: A comparison of acquired immunodeficiency syndrome, oncology, general medical and



- intensive care unit nurses examples. *Journal of professional Nursing*, 9:169-177. 1993.
- 259. Kandolin I.** Burnout of female and male nurses in schiftwork. *Ergonomics*, 36:141-147.1993.
- 260. Gala F, Lupiani M, Guillén C et al.** Burnout en los Profesionales Sanitarios. En VIII Congreso Nacional de Psicología Clínica y de la Salud. En J Alberca, A Hernández y E Gris (Eds.). (pp. 62-63). Publicaciones del Centro Clínico los Naranjos. Málaga. 2001.
- 261. Gómez A, Gala F, Guillén C et al.** Intervención y prevención del estrés laboral. *Psiquis*, 24 (5): 226-235. 2003.
- 262. Edelwich J y Brodsky A.** Burnout: Stages of dissillusionament in helping professions. Human Sciences Pres. Nueva York. 1980.
- 263. Boada J, de Diego R y Agulló E.** El burnout y las manifestaciones psicósomáticas como consecuentes del clima organizacional y de la motivación laboral. *Psicothema*, 16 (1): 125-131. 2004.
- 264. Soler M, Agut S y Llor B.** Diferencias individuales en los efectos del estrés laboral en la salud física y psicológica. *Encuentros en Psicología Social*, 1 (2):99-103. 2003.
- 265. Cordeiro J, Guillén C, Gala F et al.** El síndrome de burnout en los maestros de primaria: Resultados de una investigación. En E Marchena y C Alcalde (Coords.). La perspectiva de la educación en el siglo que empieza. *Actas del IX Congreso Infancia y Adolescencia INFAD*. (pp.931-934). Servicios de publicaciones de la Universidad de Cádiz. Cádiz. 2000.
- 266. Gala F, Lupiani M, Guillén C et al.** El burnout: Concepto, determinantes, consecuencias y etiología. En VVAA. Libro de ponencias del XXI Congreso de la SANFYC. (pp. 62-63). Cádiz. 2001.
- 267. De las Cuevas C.** El desgaste profesional en Atención Primaria: presencia y distribución del síndrome de "Burnout". Departamento de Psiquiatría y Psicósomática. Fundación Jiménez Díaz. Universidad de La Laguna. Tenerife. 2004.

- 268. Bresó E, Salanova M, Schaufeli W et al.** Síndrome de estar quemado por el trabajo "Burnout": Instrumento de medición. Nota Técnica de Prevención, 732, 21ª Serie. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Madrid. 2007.
- 269. Smets E, Visser M, Oort F et al.** Perceived inequity: Does it explain burnout among medical specialists?. *Journal of Applied Social Psychology*, 34:190-198. 2004.
- 270. Cherniss C.** Staff burnout: Job stress in the Human services. Sage. Beverly Hills.1980.
- 271. Appleblaum S.** Stress management for health care professionals. Aspen systems. Rockville. 1981.
- 272. Orlowsky J y Gulledge A.** Critical care stress and burnout. *Critical Care Clinics*, 2: 173-181.1986.
- 273. Lupiani M, Gala F, Lupiani S et al.** Asertividad en Atención Primaria. Estudio de la comunicación del personal sanitario en Centros de Salud de Cádiz. En J Pérez et al (Eds.). *Avances recientes en Psicología Clínica y de la Salud* (pp. 242). Funveca. Granada 1999.
- 274. Garcés de los Fayos E.** Delimitación conceptual del constructo Burnout. *Información Psicológica*, 68: 15-23.1998.
- 275. Gala F, Lupiani M, Guillén C et al.** Op. cit. 2001.
- 276. Mruk C.** Autoestima: Investigación, teoría y práctica. Desclée de Brouwer. Bilbao. 1998.
- 277. Grau R, Salanova M y Peiró J.** Efectos moduladores de la autoeficacia en el estrés laboral. *Apuntes de Psicología*, 18 (1): 57-75. 2000.
- 278. Gala F, Lupiani M, González R et al.** Cómo evoluciona la autoestima profesional: un análisis comparativo entre alumnos y profesionales de Enfermería. *Scientia*, 3 (4): 7-15. 1997.
- 279. Pérez-Santamarina E.** Psicopedagogía de las habilidades sociales. *Rev. de Educación de la Universidad de Granada*, 12:77-95. 1999.
- 280. Moreno-Jiménez B y Peñacola C.** Op. cit. 1999.
- 281. Loscertales M.** Op. cit. 1997.

### III.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1. **Caballo V.** Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Siglo XXI (5ª Edic.). Madrid. 2002.
2. **Lupiani M, Gala F, Lupiani S et al.** Asertividad en Atención Primaria. Estudio de la comunicación del Personal Sanitario en Centros de Salud de Cádiz. En J Pérez et al (Eds.). Avances recientes en Psicología Clínica y de la Salud. (pp.242.). Funveca. Granada. 1999.
3. **Friedman H y Di Mateo M.** Health Psychology. Prentice Hall. Nueva York. 1989.
4. **Gala F, Díaz y Bas P.** Plan docente de la Asignatura de Relaciones Humanas en los cuidados de Enfermería. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. UCA. Cádiz. 1996.
5. **Lucas R.** Antropología y Problemas Bioéticos. BAC. Madrid. 2001.
6. **Tomás G.** Bioética, un compromiso existencial y científico. Universidad Católica de San Antonio. Murcia. 2005.
7. **Gala F , Lupiani M, Guillén C et al.** Intervención en el Personal Sanitario de Atención Primaria (AP) para paliar/prevenir el Burnout y mejorar su capacidad de ayuda. Diseño de un programa. En J Alberca (Ed.). Cuestiones actuales en Psicología Clínica y Psiquiatría. (pp. 43-47). Publicación del Centro Clínico Los Naranjos. Málaga. 2000.
8. **Pardo de Vélez G y Cedeño M.** Investigación en Ciencias de la Salud. Mc Graw-Hill. Santa Fe de Bogotá. 1999.

#### IV.- METODOLOGÍA

1. **Copplestone J.** Organisation d'une enquête epidemiologique sur le terrain. Chron O.M.S., 29: 240-244. 1975.
2. **Morton R y Hebel J.** A study guide to epidemiology and biostatistics. University Park Press (2ª Edic.). Baltimore. 1999.
3. **San Martín M, Martín A y Carrasco J.** Epidemiología: Teoría, investigación y práctica. Díaz de Santos. Madrid. 1996.
4. **Morton R y Hebel J.** Op. cit. 1999
5. **Mc Guigan F.** Psicología experimental, enfoque metodológico. Trillas. México, 1972.
6. **Freirichs R y Neutra R.** Definitions of epidemiology. J. Epidemiol, 108:74-75. 1978.
7. **Bazerque R y Tester C.** Métodos y técnicas de la investigación clínica. Toray-Masson. París. 1982.
8. **Pardo de Vélez G y Cedeño M.** Investigación en Ciencias de la Salud. Mc Graw-Hill. Santafé de Bogotá. 1997.
9. **Fortín M.** El proceso de investigación: De la concepción a la realización. McGraw-Hill. México. 1999.
10. **Bunge M.** La ciencia, su método y su filosofía. Ediciones Siglo XX (2ª Edic.). Buenos Aires. 2000.
11. **Carrasco J.** El método estadístico en la investigación médica. Ciencia. Madrid. 1988.
12. **Burgos R.** Metodología de investigación y escritura científica en clínica. Escuela Andaluza de Salud Pública. Serie monográfica, (24): 63-74. Sevilla. 1998.
13. **Silva L.** Diseño razonado de muestras y captación de datos para la investigación sanitaria. Díaz de Santos. Madrid. 2000.
14. **Muñiz J.** Psicometría. Universitas. Madrid. 1997.

- 15. Lupiani M, Gala F, González R et al.** ¿Cómo evoluciona la asertividad y los estilos de comunicación en Enfermería? Una comparación entre alumnos y profesionales. *Enfermería Científica*, 192-193:40-44. 1998.
- 16. Díez J.** La realidad social en España. Fundación BBVA y Caja Madrid. Ellacuría. Madrid. 2002.
- 17. Marín M.** Sociedad y Educación. Eudema. Sevilla. 1996
- 18. Kish L.** Muestreos de Encuestas. Trillas. México. 1982.
- 19. Lupiani M, Gala F, González R et al.** Op. cit. 1998.
- 20. Gala F, Lupiani M, Díaz M et al.** Actitudes hacia el Sida entre profesionales sanitarios. *Scientia*, VIII (1): 51-60. 1997.
- 21. Pérez M, Domínguez J, Murillo F et al.** Actitudes del Personal Sanitario hacia la donación de órganos. *Psicología de la Salud*, V (1): 3-18. 1993.
- 22. Raja R, Gala F, González J et al.** Influencias de las creencias religiosas en las actitudes del Personal de Enfermería ante la muerte. *Enfermería Científica*, 260-61: 22-35. 2003.
- 23. Gala F, Guillén C, Lupiani M et al.** Actitudes hacia la muerte en el P.S. según sus creencias religiosas. *Encuentros en Psicología Social I*, (3): 19-26. 2003.
- 24. Roberts H.** Sexo, Género y Atención Sanitaria. En S French y J Sim (Eds.). *Fisioterapia un enfoque psicosocial*. (pp. 65-75). Mc Graw-Hill Interamericana (3ª Edic.). Madrid. 2006.
- 25. Cockerham W.** Sociología de la Medicina. Prentice Hall (8ª Edic.). Madrid. 2002.
- 26. Aycaques S.** Muestreo para investigación en Ciencias de la Salud. Díaz de Santos. Madrid. 1994.
- 27. Pudillo A.** Estadísticas y Técnicas de Investigación Social. Anaya (2ª Edic.). Madrid. 1996.
- 28. Sierra R.** Técnicas de Investigación Social: Teoría y Ejercicios. Paraninfo (6ª Edic.). Madrid. 1989.
- 29. Díaz de Rada V.** Tipos de encuestas y diseños de investigación. Universidad Pública de Navarra. Pamplona. 2003.

- 30. Beck A, Ward C, Mendelson et al.** An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry, (4): 561-571. 1961.
- 31. Rathus S.** A 30-item schedule for assessing assertive behavior. Therapy (4): 398-406. 1973.
- 32. Spielberger C, Gorsuch R y Lushene R.** Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo "STAI". T.E.A. Madrid. 1986.
- 33. Fernández J y Mielgo N.** Escala de Apreciación de Estrés Socio-Laboral (EAE-S). Escala S, nº 204. TEA. Madrid. 1992.
- 34. Kerlinger F.** Investigación del comportamiento. Técnicas y Metodología. Interamericana. México. 1975.
- 35. Anguera M.** Metodología observacional en Psicología. P.P.V. Barcelona. 1991
- 36. Brow G y Ghiseui M.** El método científico en Psicología, técnicas y metodología. Interamericana. México. 1975.
- 37. Haynes S y Wai`Alae K.** Fundamentos psicométricos de la evaluación conductual. En R Fernández-Ballesteros (Ed.). Evaluación conductual hoy: Un enfoque para el cambio en Ps Clínica y de la Salud. (pp.161-196). Pirámide. Madrid. 1998.
- 38. Fernández-Ballesteros R.** Psicodiagnóstico, concepto y metodología. Kapelusz. Madrid. 1980.
- 39. Polit D y Hunger B.** Investigación científica en Ciencias de la Salud. Interamericana (2ª Edic.). México. 1985.
- 40. Jesen B.** Los cuestionarios de autoinforme en la evaluación conductual. En G Buela-Casal, V Caballo y C Sierra (Eds.). Manual de Evaluación en Ps. Clínica y de la Salud. (pp. 109-127). S. XXI. Madrid. 1996.
- 41. Sierra. R.** Op. cit. 1989.
- 42. Kerlinger F.** Op. cit. 1975.
- 43. Kish L.** Op. cit. 1982.
- 44. Jesen B.** Op. cit. 1996
- 45. Crocker L y Algina J.** Introduction to classical and modern tests theory. Holt Rinehart and Winston. Nueva York. 1986.

- 46.Silva F.** Evaluación conductual y criterios psicométricos. Pirámide (3ª Edic.). Madrid. 2003.
- 47.Reyes-Lagunes I.** Redes semánticas para la construcción de instrumentos. Psicología Social y Personalidad, 9: 81-97. 1993.
- 48.Caballo V.** Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Siglo XXI (5ª Edic.). Madrid. 2002.
- 49.Rathus S.** A 30-item schedule for assessing assertive behavior. Therapy, 4:398-406. 1973.
- 50.Kelly J.** Entrenamiento de las habilidades sociales. Guía práctica para intervenciones. Desclée de Brouwer. Bilbao. 1992.
- 51.Caballo V.** Evaluación de las habilidades sociales. En G. Buela-Casal, V Caballo y T Sierra (Eds.). Manual de evaluación en Psicología Clínica y de la Salud. (pp. 337-422). Siglo XXI. Madrid. 1996.
- 52.Beck J y Heimberg R.** Self- report assessment of assertive behaviour: a critical analysis. Behavior Modification, (7): 451-487. 1983.
- 53.Heimberg R y Harrison D.** Use of the Rathus Assertiveness schedule with offenders: A questions. Behavior Therapy, 11: 278-281. 1980.
- 54.Beck A, Ward C, Mendelson A et al.** An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry, (4): 561-571. 1961.
- 55.Beck A, Steer R y Garbin M.** Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. Clinical Psychology Review, 8: 77-100. 1988.
- 56.Piotrowski C:** Use of the Beck Depression Inventory in clinical practice. Psychological Reports, 79: 873-874. 1996.
- 57.Steer R, Beck A y Garrison B.** Applications of the Beck Depression Inventory. En N Sartorius y T Ban (Eds.). Assessment of depression. (pp 121-142). Springer-Verlag. Berlín. 1986.
- 58.Vázquez C:** Evaluación de los trastornos depresivos y bipolares. En A Road (Ed.). Evaluación en psicología clínica y de la salud. (pp 163-209).CEPE. Madrid. 1995.
- 59.Beck A, Ward C, Mendelson A et al.** Op. cit. 1961.

- 60. Beck A, Rush A, Shaw B et al.** Cognitive therapy of depression. Guilford Press. Desclée de Brower. New York. 1983.
- 61. Vázquez C y Sanz J.** Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978. Clínica y Salud, 8 (3): 403-421. 1997.
- 62. Spielberger C, Gorsuch R y Lushene R.** Op. cit. 1986.
- 63. Fernández J.** El concepto de motivación. En J Fernández (Ed.). Psicología General II. (pp.345-375). U.N.E.D. Madrid. 1980.
- 64. Fernández J.** Ibidem. 1980.
- 65. Mayor J y Labrador F.** Manual de modificación de conducta. Alhambra. Madrid. 1987.
- 66. Gorzib G.** Los test psicológicos. En J Morales (Ed.). Metodología y teoría de la psicología Vol II. (pp. 133-136). U.N.E.D. Madrid. 1981.
- 67. Fernández J y Mielgo N.** Op. cit. 1992.
- 68. Holmes T y Rahe H.** The social readjustment rating scale. Journal of Psychosomatic Research, 11: 213-218. .
- 69. Lazarus A.** Behavior rehearsal vs. non directive therapy vs. Advice in effecting behavior change. Behavior Research and Therapy, 4: 209-212. 1966.



## VI. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

### 6.1.1- ANÁLISIS DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA DE ALUMNOS.

1. **Lupiani M, Gala F, González R et al.** ¿Cómo evolucionan la asertividad y los estilos de comunicación en Enfermería? Una comparación entre alumnos y profesionales. *Enfermería Científica*, 192-193:40-44. 1998.
2. **Gala F, Lupiani M, Díaz M et al.** Actitudes hacia el Sida entre profesionales sanitarios. *Scientia*, VIII (1): 51-60. 1997.
3. **Pérez M, Domínguez J, Murillo F et al.** Actitudes del Personal Sanitario hacia la donación de órganos. *Psicología de la Salud*, V (1): 3-18. 1993.
4. **Raja R, Gala F, González J et al.** Influencias de las creencias religiosas en las actitudes del Personal de Enfermería ante la muerte. *Enfermería Científica*, 260-61: 22-35. 2003.
5. **Gala F, Guillén C, Lupiani M et al.** Actitudes hacia la muerte en el P.S. según sus creencias religiosas. *Encuentros en Psicología Social I*, (3): 19-26. 2003.
6. **Roberts H.** Sexo, Género y Atención Sanitaria. En S French y J Sim (Eds.). *Fisioterapia un enfoque psicosocial*. (pp. 65-75). Mc Graw-Hill Interamericana (3ªEdic.). Madrid. 2006.
7. **Roberts H.** Ibidem. 2006.
8. **Díez J.** La realidad social en España. Fundación BBVA y Caja Madrid. Ellacuría. Madrid. 2002.
9. **Marín M.** Sociedad y Educación. Eudema. Sevilla. 1996.
10. **Gala F, Lupiani M, González R et al.** Comparación de la autoimagen profesional que presentan alumnos/as de Fisioterapia vs. alumnos/as de Enfermería. *Fisioterapia*, 19 (3): 200-205. 1997.
11. **Gala F, Lupiani M, Guillén C et al.** Prejuicios hacia el SIDA entre alumnos de Fisioterapia, Enfermería y Medicina. *Fisioterapia*, 20 (1): 45-51. 1998.
12. **Stone S.** Qualitative research methods for physiotherapists. *Physiotherapy*, 77: 449-452. 1991.

13. **Foucault M.** El nacimiento de la clínica. Siglo XXI (6ª Edic.) Buenos Aires. 1997.
14. **WCPT.** Description of Physical Therapy. World Confederation of Physical Therapy. London. 1999.
15. **Mead J.** Patient partnership. *Physiotherapy*, 86: 282-284. 2000.
16. **Maitland G, Hengeveld E, Banks K et al.** Manipulación vertebral. Elsevier (7ª Edic.). Madrid. 2007.
17. **O'Brien M.** Relaciones interpersonales en Enfermería. El Manual Moderno (2ª Edic.). México. 1993.
18. **Peplau H.** Relaciones interpersonales en Enfermería. Masson-Salvat. Barcelona. 1993.
19. **Chin A, Paw J, Meyer S et al** -citados en- E Hengeveld y K Banks (Eds). Manipulación periférica. (pp.59-68). Elsevier (4ª Edic.). Madrid. 2006.
20. **Montoro E, Vázquez M, Muñoz-Cruzado M et al.** Intervención estratégica del Fisioterapeuta en el entorno familiar del paciente discapacitado. *Fisioterapia*, 28 (1): 35-40. 2006.
21. **Gala F, Díaz M, Lupiani M et al.** La Psicología de la Salud en el nuevo curriculum de la Diplomatura de Enfermería. *Rev. Rol de Enfermería*, 206: 37-43. 1995.
22. **Gala F, Lupiani M, Díaz M et al.** Necesidad de una formación específica en HH.SS y técnicas de comunicación en los estudios de Enfermería. *Rev. Rol de Enfermería*, 22 (4): 36-38. 1999.
23. **Carroll J y Munroe J.** Teaching medical interview: a critique of educational research and practice. *Journ of Med Education*, 54: 478-500. 1979.
24. **León J, Jarana L y Blanco A.** Entrenamientos en habilidades sociales al personal de enfermería: efectos sobre la comunicación con el usuario de los servicios de salud. *Clínica y Salud*, 2 (1): 13-19. 1991.
25. **Brown J, Boles M, Nullooly J et al.** Effect of clinician communication skills training on patient satisfaction. *Ann Intern Med*, 131: 822-829. 1999.
26. **Wakeford R.** Communication skills Training in United Kingdom. Medical Schools. 1990.

27. **Gala F, Díaz M, Lupiani M et al.** La formación universitaria en Psicología de la Salud en las Diplomaturas Sanitarias de Enfermería y Fisioterapia. En J Alberca y C Prieto (Eds.). Psicología Clínica y de la Salud. (pp. 25-27). Publicaciones Centro Médico Los Naranjos. Málaga. 1994.
28. **BOE.** Resolución del 12/12/92 de la UCA por la que se publica el Plan de Estudios conducente al Título de Diplomado en Fisioterapia. (BOE nº 23 de 27/01/93).
29. **Díaz M y Gala F.** Las Ciencias de la Conducta y la Fisioterapia. 1ª Reunión Europea de Escuelas Universitarias de Fisioterapia y 1er Congreso Nacional sobre docencia e investigación docente en la Diplomatura de Fisioterapia. (pp.7-8). Libro de Actas del Congreso. Valencia. 1993.
30. **BOE.** Resolución del 2/09/93 de la UCA por la que se publica el Plan de Estudios de la Diplomatura en Enfermería de la E. U. de Ciencias de la Salud. (BOE nº 233 del 29/10/93, corregido según BOE nº 250 de 19/10/94).
31. **Gala F, Díaz M y Bas P.** Plan docente de la Asignatura de Relaciones Humanas en los cuidados de Enfermería. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. UCA. Cádiz. 1996.
32. **Gala F, Lupiani M, Díaz M et al.** Oportunidad de una formación académica específica en TTCC y en HH.SS para alumnos de Ciencias de la Salud. En J Alberca y C Prieto (Eds). Avances en Psicología Clínica y de la Salud. (pp. 24-36). Publicaciones del Centro Clínico Los Naranjos. Málaga. 1997.
33. **Gala F.** Las Ciencias de la Conducta y la Enfermería. Bases para un Fundamento Psicosocial de la Enfermería. En F Gala y F Herrera (Eds.). Diez años de Enfermería Universitaria en Cádiz. (pp.77-84). Servicio de Publicaciones de la UCA. Cádiz. 1989.
34. **Real decreto** 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. (BOE nº 260 de 30/10/07).
35. **Memoria del Título de Grado en Fisioterapia.** EU. de Enfermería y Fisioterapia. Cádiz. 2009.
36. **Gala F, Lupiani M, Díaz M et al.** Op cit. 1997.

37. **Gómez Sanabria A.** La adolescencia y la juventud como etapas vulnerables y de transición. En F Gala y M Lupiani (Coords.). Trastornos de la Conducta Alimentaria (Anorexia y Bulimia) en la juventud actual: aspectos clínicos, psicológicos y sociales. XI Cursos de Invierno de la UCA. Chiclana de la Frontera. 2009.
38. **Gala F, Lupiani M, Díaz M et al.** Op. cit. 1997.
39. **BOE.** Real Decreto 1393/2007, ORDEN CIN/2135/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los Títulos Universitarios Oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Fisioterapeuta. (BOE nº174 de 19/07/08).
40. **Sherman J.** Psicología de la mujer. Marova (2ª Edic.). Madrid. 2000.
41. **Maccoby E.** Desarrollo de las diferencias sexuales. Marova (3ª Edic.). Madrid. 2002.
42. **Vega J y Bueno B.** Desarrollo adulto y envejecimiento. Síntesis. Madrid. 1995.
43. **Moraleda M.** Psicología del desarrollo. Boixareu. Barcelona 1999.
44. **Swain J.** Comunicación interpersonal. En S French y J Simm (Eds.). Fisioterapia: un enfoque psicosocial. (pp.193-205.). Interamericana Mc Graw-Hill (3ª Edic.). Madrid. 2006.
45. **Robledo de Dios M.** La comunicación en la relación entre el paciente y el profesional de Enfermería. En J Latorre y P Beneit (Eds.). Psicología de la Salud. (pp.159-173). Tebar. Albacete. 1992.
46. **Polaino-Lorente A.** Introducción a la Modificación de Conducta para profesionales de Enfermería. P.P.U. Barcelona. 1989.
47. **Pendleton D y Hasler J.** Doctor-patient communication. Academic Press. Londres. 1990.
48. **Lein C y Wills C.** Using patient-centered interviewing skills to manage complex patient encounters in primary care. J Am Acad Nurse Pract, 19: 215–220. 2007.
49. **Bimbela J.** Cuidando al cuidador: Counselling para Profesionales de la Salud EASA (3ª Edic.). Instituto Andaluz. Granada. 2007.

50. **Lupiani M, Gala F, Guillén C et al.** La Psicología de la Salud y la relación enfermera-paciente: ¿Relación de ayuda o Counselling?. En J Alberca (Ed.). IV Congreso Nacional de Psicología Clínica y de la Salud. (pp.31-33). Publicaciones del Centro Clínico Los Naranjos. Málaga. 1998.
51. **Rodríguez A.** Burnout. Trabajo en unidades de alto riesgo. En J Gestal (Ed.). Riesgos del trabajo del personal sanitario. (pp. 458-464). Mc Graw-Hill Interamericana (2ª Edic.). Madrid. 1996.
52. **Gala F, Lupiani M, González R et al.** Op. cit. 1997.
53. **Gonzálvez F, Aizpiri F, Barbado J et al.** Síndrome de burnout en el médico general. Medicina General, 43: 278-283. 2002.
54. **French S, Neville S y Lain J.** Teaching and learning -A Guide for Therapists-. Butterworth Heinemann. Oxford. 1994.
55. **Lawler H.** The physiotherapist as a counsellor. In physiotherapy in the Community. Woodhead-Faulkner. Cambridge. 1988.
56. **Horton J y Bayne R.** Counsseling and communication in health care. Counsseling and communication skills for medical and health care practitioners. BPS Books. Leicester. 1998.
57. **Burnard P.** Counsseling skills for health professionals. Chapman and Hall. Londres. 1994.
58. **Gobbo M.** Habilidades de comunicación con el paciente. La perspectiva del psicólogo. Reumatología Clínica, 5 (2): 47-48. 2009.
59. **Cibanal J, Arce M y Carbonell M.** Técnicas de comunicación y relación de ayuda en Ciencias de la Salud. Elsevier. Madrid. 2003.
60. **Cléries X.** La comunicación: Una competencia esencial para los Profesionales de la Salud. Elsevier-Masson. Barcelona. 2006.
61. **Gala F, Lupiani M, Romero J et al.** La comunicación de malas noticias, reto para el profesional sanitario. Un abordaje desde la Psicología de la Salud. Psicología de la Salud, 18 (2): 77-111. 2006.
62. **Arranz P, Barbero J, Barreto P et al.** Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelos y protocolos. Ariel Ciencias Médicas. Madrid. 2003.

63. **García-Díaz F.** Comunicando malas noticias en medicina: Recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. *Medicina Intensiva*, 30 (9): 452-459. 2006.
64. **Loscertales F y Gómez A.** La comunicación con el enfermo. Un instrumento al servicio de los profesionales de la Salud. Alhulfa. Granada. 1999.
65. **Lupiani M, Gala F, González R et al.** Op. cit.1999.
66. **Gil F, García M, León J et al.** Aplicaciones: La formación de los Profesionales de la Salud. En F Gil, J León y L Jarana. (Eds.) *Habilidades sociales y salud*. (pp. 84-98). Eudema. Madrid. 1992.
67. **Maitland G, Hengeveld E, Banks K et al.** Op cit. 2007.
68. **Catalán J, Rocamora P y Ruiz E.** Aspectos psicosociales de la fisioterapia en la discapacidad. *Fisioterapia*, 28 (1): 23-28. 2006.
69. **Nieto J, Abad M, Esteban M et al.** *Psicología para Ciencias de la Salud: Estudio del comportamiento humano ante la enfermedad*. Mc Graw-Hill. Madrid. 2004.
70. **Doise W.** *Psicología Social y relaciones entre grupos*. Rol. Barcelona. 1982.
71. **Maisonneuve J.** *La dinámica de los grupos*. Proteo (4ª Edic.). Buenos Aires. 2001.
72. **Borrego Y, Rueda S y Medina S.** Test sociométrico. En J León et al (Coords.). *Psicología Social. Orientaciones Teóricas y ejercicios prácticos*. (pp. 395-409). Mc Graw-Hill. Madrid. 1998.
73. **Ponce M.** La Sociometría: una técnica para la agrupación del alumnado. *Aula de innovación educativa*, 1116: 43-45. 2002.
74. **Ramo A.** *Sociogramas*. EOS. Madrid. 2004.
75. **Serrano J.** *El regalo de la comunicación*. Anagrama. Madrid. 2006.
76. **Montoro E, Vázquez M, Muñoz-Cruzado M et al.** Op cit. 2006.
77. **Gala F, Lupiani M, Díaz M et al.** Op cit.1999.
78. **Buckman R, Korsch B y Baile W.** *Guía práctica de Habilidades de comunicación en la práctica clínica*. Fundación Ciencias de la Salud. Madrid. 2000.
79. **Swain J.** Op. cit. 2006.
80. **Hengeveld E.** Psychosocial Issues in Physiotherapy. En E Hengeveld y K Banks (Eds.). *Manipulación periférica*. (pp.39-69). Elsevier (4ª Edic.). Madrid. 2006.

### **6.1.2. ANÁLISIS DE LAS VARIABLES PSICOLÓGICAS DE LA MUESTRA DE ALUMNOS.**

- 81. Gala F, Lupiani M, Guillén C et al.** Depresión y Asertividad: Correlación de ambas variables mediante las escalas de Beck -BDI- y Rathus -RAS-. Scientia, 6 (1-2): 71-79. 2001.
- 82. Gala F, Díaz M, Lupiani M et al.** Op. cit. 1994.
- 83. Gala F, Lupiani M, Díaz M et al.** Op. cit. 1999.
- 84. Chartered Society of Physiotherapy.** Curriculum framework for qualifying programmes in physiotherapy. Chartered Society of Physiotherapy. Londres. 2002.
- 85. Buchan J y Pike G.** Professions allied to medicine: the wider labour market contex. -citado en- S French y J Sim (Eds). Fisioterapia: un enfoque psicosocial. (pp.65-75). Mc Graw-Hill (3ª Edic.). Madrid. 2006.
- 86. Roberts H.** Op. cit. 2006.
- 87. Cockerham W.** Sociología de la Medicina. Prentice Hall (8ª Edic.). Madrid. 2002.
- 88. Gala, F, Lupiani M, Guillén C et al.** Op. cit. 2001.
- 89. Graham J.** Comunicación y relación terapéutica. En E Hengeveld y K Banks (Eds). Maitland Manipulación periférica. (pp.123-129). Elsevier (4ª Edic.). Madrid. 2006.
- 90. Peitchinis J.** La comunicación entre el personal sanitario y los pacientes. Alhambra. (2ª Edic.). Madrid. 1989.
- 91. OMS.** Op. cit. 1977.
- 92. Gala F, Díaz M, Lupiani M et al.** Op. cit. 1994.
- 93. Gil M.** Comunicación interpersonal. Guía de actuación para el desempeño del estudiante de Enfermería en el contexto sanitario. Promolibro. Valencia. 1998.
- 94. Costa E y López E.** Manual para el educador social: Habilidades de comunicación en la relación de ayuda y afrontando situaciones. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid. 1991.

95. **Swain J.** Op. cit. 2006.
96. **Gala F, Lupiani M, Díaz M et al.** Op. cit.1999.
97. **Buckman R, Korsch B y Baile W.** Op. cit. 2000.
98. **Libet J y Lewinsohn P.** Concept of social skill with special reference to the behavior of depressed persons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40 (2): 304-312. 1973.
99. **Hayman P y Cope C.** Effects of asertion training on depression. *Journal of Clinical Psychology*, 36 (2): 534-543. 1980.
100. **Hersen M, Kabacoff R, Van-Hasselt V et al.** Assertiveness, depression, and social sup-port in older visually impaired adults. *Journal of Impairment and Blindness*, 89 (6): 524-530. 1995.
101. **Gala F, Lupiani M, Guillén C et al.** Op. cit. 2001.
102. **Lupiani M, Gala F y Lupiani S.** Asertividad en Atención Primaria (AP): Estudio de la comunicación del Personal Sanitario en Centros de Salud de Cádiz. En VV.AA. *Avances Recientes de Psicología Clínica y de la Salud*. (p.242). APICSA. Granada. 1999.
103. **Chan D.** Components of assertiveness: Theirrelationships with assertive rights and depressed mood among Chinese college students in Hong Kong. *Behaviour, Research and Therapy*, 31 (5): 529-538. 1993.
104. **Lupiani M, Gala F, Lupiani S et al.** Op. cit. 1999.
105. **Ovejero A.** Relaciones entre el profesional de la salud y el enfermo. En S. Barriga (Ed.) *Psicología de la Salud*. (pp.137-157). Alfar. Sevilla. 1990.
106. **Gala F, Lupiani M, Guillén C et al.** Op. cit. 2001.
107. **Lupiani M, Gala F y Lupiani S.** Op. cit. 1999.
108. **González F, Aizpiri F, Barbado J et al.** Op. cit. 2002.
109. **Orenstein H, Orenstein E y Carr J.** Assertiveness and anxiety: a correlational study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 6: 203-207. 1975.
110. **Chambless D, Hunter K y Jackson A.** Social anxiety and assertiveness: A comparison of the correlations in phobie and college student samples. *Behavior Research and Therapy*, 20: 403-404. 1982.



- 111. Gala F, Lupiani M y Guillén C.** Intervención en el Personal Sanitario de Atención Primaria para paliar/prevenir el burnout y mejorar su capacidad de ayuda. En J Alberca (Ed.). Cuestiones actuales en Psicología clínica y psiquiatría. (pp. 43-45). Publicaciones Centro Clínico Los Naranjos. Málaga. 2000.
- 112. Kiselica M, Baker S, Thomas R et al.** Effects of stress inoculation training on anxiety, stress, and academic performance among adolescents. *Journal of Counseling Psychology*, 41 -Issue 3 Abstract-: 68-70. 1994.
- 113. Robles R, Flores E, Jurado S et al.** Estudio de efectividad del entrenamiento asertivo para reducir sintomatología depresiva y ansiosa. *Psiquiatría*, 18 (3): 176-179. 2002.
- 114. Caballo V.** Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Siglo XXI (5ª Edic.). Madrid. 2002.
- 115. Kelly J.** Entrenamiento de las habilidades sociales. Desclée de Brouwer. Bilbao. 1987.
- 116. Vázquez C y Sanz J.** Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 8: 403-422. 1997.
- 117. Beck A y Steer R.** Beck Depression Inventory Manual. The Psychological Corporation. San Antonio. 1993.
- 118. Gala F, Lupiani M, Guillén C et al.** Op. cit. 2001.
- 119. Lupiani M, Gala F y Lupiani S.** Op. cit. 1999.
- 120. Ayuso J.** Las depresiones. Interamericana (2ª Edic.). Madrid. 2001.
- 121. Alonso-Hernández F.** La depresión y su diagnóstico. Nuevo modelo clínico. Labor. Barcelona. 1998.
- 122. Erans D, Charney D y Lewis L.** Depresión y Trastornos Bipolares. Mc Graw-Hill. Madrid. 2007.
- 123. Blechman E y Brownell K.** Medicina Conductual de la mujer. Martínez-Roca (2ª Edic.). Barcelona. 2002.
- 124. Lupiani M, Gala F y Lupiani S.** Op. cit. 1999.
- 125. Gala F, Lupiani M, Guillén C et al.** Op. cit. 2001.

- 126. Lupiani M, Gala F, Lupiani S et al.** Op. cit.1999.
- 127. Bas F y Andrés V.** Terapia cognitivo conductual de la depresión: Un manual de tratamiento. Fundación Universidad Empresa. Madrid. 1994.
- 128. Moss G y Boren J.** Depression as a model for behavioral analysis. *Comprehensive Psychiatry*, 13: 581-590. 1972.
- 129. Gala F, Lupiani M, Guillén C et al.** Op. cit. 2001.
- 130. Guillén C, Bas P, Gala F et al.** Estudio psicopatológico de una muestra de Profesionales Sanitarios en la provincia de Cádiz. En J Alberca y C Prieto (Eds.). *Avances en Psicología Clínica y de la Salud*. (p. 36). Publicaciones del Centro Clínico los Naranjos. Málaga. 1997.
- 131. Staats A y Heiby E.** The paradigmatic behaviorism theory of depression. En S Reiss y R Bootzinn (Eds.). *Theoretical Issues in behavior therapy*. (pp. 99-110). Academic Press. Nueva York. 1985.
- 132. Heiby E y Staats A.** Depression: Clasificación, Explicación and Treatment. En G Eifert y I Evans (Eds.). *Unifying behavior therapy: Contributions of Paradigmatic Behaviorism*. (pp. 45-50). Springer Publishing. Nueva York. 1990.
- 133. Gala F, Lupiani M, Guillén C et al.** Op. cit. 2001.
- 134. Walker K.** The effect of self-esteem on the relationship between assertiveness and depression. *Dissertation Abstracts International. Section B*, 58 (8B): 4477. 1998.
- 135. McKay M y Fanning L.** Autoestima: Evaluación y mejora. Martínez-Roca. Barcelona. 1995.
- 136. American Psychiatric Association (APA):** DSM-VI-TR (versión española). Masson. Barcelona. 2002.
- 137. Vázquez C y Sanz J.** Trastornos depresivos (I): Datos clínicos y modelos teóricos. En A Belloch y E Ibañez (Eds.). *Manual de psicopatología*. (pp. 105-115). Promolibro. Valencia.1992.
- 138. Rehm L.** Psychotherapies for depresión. En K Craig y K Dobson (Eds.) *Anxiety and depresión in adults and children*. (pp.154-168). Guilford. Nueva York. 1995.

- 139. Heiby E y García-Hurtado J.** Evaluación de la depresión. En R Fernández-Ballesteros (Ed.). Evaluación conductual hoy. (pp. 388-425). Pirámide. Madrid. 1994.
- 140. Dobovski S.** Understanding and treating depression in anxious patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51 (10): 3-8. 1990.
- 141. Riskind J, Beck A, Brown G et al.** Taking the measure of anxiety and depression. Validity of the reconstructed Hamilton Scales. *The Journal of Psychiatry*, 121: 147-161. 1987.
- 142. Cunningham L.** Depresión y anxiety in the primary care setting. *Compr Ther*, 23 (6): 400-406. 1997.
- 143. Caballero L.** Trastorno mixto Ansioso-Depresivo. En R Bennasar (Ed.). Trastornos del humor. (pp. 99-115). Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Médica Panamericana. 1999.
- 144. OMS.** CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra. 1992.
- 145. Cearra I y Atucha J.** Estudio de la ansiedad del personal sanitario durante su formación académica. *Norte de Salud Mental*, 28: 23-28. 2007.
- 146. Gala F.** El estrés: Conceptos generales. En F Gala y C Guillén (Eds.). El estrés y la ansiedad, males de nuestra época. (pp. 1-12). XX Cursos de verano de la UCA. Servicio de Publicaciones de la UCA. San Roque. 2000.
- 147. Costello E.** Anxiety disorders in children and adolescents. The Guilford Press. Nueva York. 1995.
- 148. Echeburúa E.** Fobia social. Martínez-Roca. Barcelona. 1993.
- 149. Marks I.** Miedos, Fobias y Rituales. Los mecanismos de la ansiedad. Martínez-Roca. Barcelona. 1990.
- 150. Marks I.** Miedos, Fobias y Rituales. Clínica y tratamiento. Martínez-Roca. Barcelona. 1990.
- 151. Bragado C.** Trastornos de ansiedad en escolares de 6 a 17 años. *Ansiedad y Estrés*, 2: 97-112. Barcelona. 1996.
- 152. Blechman E y Brownell K.** Op. cit. 2002.

- 153. Ficher J y Noll P.** Anxiety in older adults. En L Carstensen, B Edelstein y P Dornbraud (Eds.). Handbook of clinical gerontology. (pp. 304-323). Oaks sage. Londres. 1996.
- 154. Montorio I.** Tratamiento conductual de la ansiedad. En I Montorio y M Izal (Eds.). Intervención psicológica en la vejez: aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud. (pp. 110-126). Síntesis. Madrid. 1999.
- 155. Anderson R.** Anxiety of ignorance: The determinants of interpersonal skill display. Dissertation Abstracts International, Section B 57 (9): 5959. 1997.
- 156. Granger B, Azais F, Albercque C et al.** Entre anxiété et depression. La place des difficultés d'affirmation de soi et des phobies sociales. Annales Medico Psychologiques, 153 (3): 204-206. 1995.
- 157. Daly S.** Behavioral correlates of social anxiety. British Journal of Social and Clinical Psychology, 17: 117-120. 1978.
- 158. Salaberria K y Echeburúa E.** Tratamiento psicológico de la fobia social: Un estudio experimental. Análisis y Modificación de Conducta, 21 (76): 131-139. 1995.
- 159. Wolpe J.** The practice of behavior therapy. Pergamon Press. Nueva York. 1969.
- 160. Kaplan D.** Behavioral cognitive and behavioral cognitive approaches to group assertion training therapy. Cognitive Therapy and Research, 6 (3): 301-314. 1982.
- 161. Orenstein H, Orenstein E y Carr J.** Op. cit. 1975.
- 162. Turner R, Beidel D y Cooley N.** Social effectiveness therapy. Turndel. Charleston. 1994.
- 163. Halford K y Foddy M.** Cognitive and social skills correlates of social anxiety. British Journal of Clinical Psychology, 21: 17-28. 1982.
- 164. Beidel D, Turner S y Dancu C.** Physiological cognitive and behavioral aspects of social anxiety. Behavior Research and Therapy, 23 (2): 109-117. 1985.

- 165. Rathus S.** An experimental investigation of assertive training in a group setting. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 3: 81-86. 1972.
- 166. Brown G y Carmichael K.** Assertiveness training for clients with a psychiatric illness: A pilot study. *British Journal of Occupational Therapy*, 55 (4): 137-140. 1992.
- 167. Al-Kubaisy T y Jassim A.** The Efficacy of Assertive Training in the Acquisition of Social Skills in Iraqi Social Phobics. *Arab Journal of Psychiatry*, 14 (1): 68-72. 2003.
- 168. Spielberger C, Gorsuch R y Lushene R.** Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Manual. TEA (3ª Edic.). Madrid. 1988.
- 169. McKay M y Fanning L.** Op. cit. 1995.
- 170. Sims A.** Historical aspects of anxiety. *Postgraduate Medical Journal*, 64 (2): 3-9. 1998.
- 171. Bound F.** Keywords in the history of medicine: anxiety. *Lancet*, 363: 1407. 2004.
- 172. Tone A.** Listening to the past: history, psychiatry and anxiety. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50 (7): 373-380. 2005.
- 173. Sims A.** Op. cit. 1998.
- 174. Bound F.** Op. cit. 2004.
- 175. Tone A.** Op. cit. 2005.
- 176. Beuke J, Fischer R y McDowall J.** Anxiety and depresión: Why and how to measure their separate effects. *Clinical Psychology Review*, 23 (6): 831-848. 2003.
- 177. Gutiérrez M.** Ansiedad y deterioro cognitivo: incidencia en el rendimiento académico. *Ansiedad y Estrés*, 2: 173-194. 1996.
- 178. Lewinsohn P, Youngren M y Grosscup S.** Reinforcement and depression. En R Depue (Ed.). *The psychobiology of the depressive disorders: implications for the effects of stress.* (pp. 90-110). Academic Press. Nueva York. 1979.
- 179. Moss G y Boren J.** Op. cit. 1972.

- 180. Lazarus A.** On assertive behavioral: A brief note. *Behavior Therapy*, 4: 679-699. 1973.
- 181. Gala F, Lupiani M, Guillén C et al.** Op. cit. 1999.
- 182. Bellack A, Hersen M y Himmelhoch J.** A comparison of social skill training pharmacotherapy and psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy*, 21: 101-107. 1983.
- 183. Sánchez V, Lewinsohn P y Larson D.** Assertion training: effectiveness in the treatment of depression. *Journal of Clinical Psychology*, 36 (2): 526-529. 1980.
- 184. Aschen S.** Assertion training therapy in psychiatric milieus. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9 (1): 46-51. 1997.
- 185. Gala F, Lupiani M, Guillén C et al.** Op. cit. 2001.
- 186. Gala F, Lupiani M y Guillén C.** Op. cit. 2000.
- 187. Teri L y Lewinsohn P.** Individual and Group treatment of unipolar depression: Comparison of treatment outcome and identification of predictors of successful treatment outcome. *Behavior Therapy*, 17: 215-228.
- 188. Rehm L.** Op. cit. 1995.
- 189. Wehr S y Kauffman M.** The effects of assertive behavior on performance in highly anxious adolescents. *Adolescence*, 22 (85): 195-205. 1987.
- 190. Salaberria K y Echeburúa E.** Op. cit. 1995.
- 191. Aschen S.** Op. cit. 1997.
- 192. Anderson R.** Op. cit. 1997.
- 193. Caro I.** Diagnóstico y tratamiento de un trastorno por ansiedad generalizada. *Análisis y Modificación de Conducta*, 11 (28): 325-334. 1985.
- 194. Alario S.** Tratamiento de un trastorno por ansiedad generalizada. *Análisis y Modificación de Conducta*, 15 (44): 305-316. 1989.
- 195. Olivares J y García L.** Un nuevo tratamiento multi-componente para la población adolescente con fobia social generalizada: Resultados de un estudio piloto. *Análisis y Modificación de Conducta*, 9 (2): 247-254. 2001.

### **6.2.1.-ANÁLISIS DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA DE PROFESIONALES.**

- 196. Cockerham W.** Op. cit. 2002.
- 197. Gala F, Lupiani M, Díaz M et al.** Op. cit.1997.
- 198. Pérez M, Domínguez J, Murillo F et al.** Op. cit. 1993.
- 199. Marco J, Menéndez S y Moreno M.** Actitudes de médicos rehabilitadores y fisioterapeutas en el tratamiento del paciente anciano. *Fisioterapia*, 22 (1): 42-56. 2000.
- 200. Raja R, Gala F, González J et al.** Op. cit. 2003.
- 201. Gala F, Guillén C, Lupiani M et al.** Op. cit. 2003.
- 202. Buchan J y Pike G.** Op. cit. 2006.
- 203. Chartered Society of Physiotherapy.** Op. cit. 2002.
- 204. Guillén C, Gala F, Lupiani M et al.** Psicopatología en el ámbito profesional sanitario de la provincia de Cádiz. IV Congreso Nacional de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. (pp. 77-78). Valladolid. 1998.
- 205. Lupiani M.** Actitudes del personal sanitario ante la clonación humana. Tesis Doctoral. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz. Cádiz. 2006.
- 206. Roberts H.** Op. cit. 2006.
- 207. Ilana R y Doneson B.** El papel del fisioterapeuta en la rehabilitación emocional. En D Krueger (Ed.). *Psicología de la rehabilitación*. (pp. 237-249). Herder. Barcelona. 1988.
- 208. Montoro E, Vázquez M, Muñoz-Cruzado M et al.** Op. cit. 2006.
- 209. BOE.** Op. cit. nº 23 de 27/01/93.
- 210. C.I.E.** Informe nº 39 párrafo 41. Conferencia de Nairobi. Nairobi 1972.
- 211. Gala F, Lupiani M, Díaz M et al.** Op. cit. 1999.
- 212. Bachean K y Freeborn D.** Physicians use of referrals. *Society Scientific Medical*, 48: 547-557. 2000.

213. **Belloch S, Renovell V, Calabuig J et al.** Síndrome de agotamiento profesional en médicos residentes de especialidades médicas hospitalarias. *Anales de Medicina Interna*, 17: 118-122. 2000.
214. **Gram J, Ramírez A, Field S et al.** Job stress and satisfaction among clinical radiologists. *Clinical Radiology*, 55: 182-185. 2000.
215. **Guthrie E, Black D, Bagalkote H et al.** Psychological stress and burnout in medical students: A five-year prospective longitudinal study. *Journal Research Society Medical*, 91: 237-243. 1998.
216. **Kapur N, Appleton K y Neal R.** Sources of job satisfaction and psychological distress in GP and medical house officers. *Family Practice*, 16: 600-601. 1999.
217. **Molones J y Mac Donald J.** Psychiatric training in New Zealand. *Australian and New Zealand Journal Psychiatry*, 34: 146-153. 2000.
218. **Tyssen R, Vaglum P, Gronvold N et al.** The impact of job stress and working conditions on mental health problems among junior house officers. A nationwide Norwegian prospective cohort study. *Medical Education*, 34: 374-384. 2000.
219. **Gala F, Lupiani M, Romero J et al.** Op. cit. 2006.
220. **Cabrero J, Richart M y Reig A.** Evaluación de la satisfacción del paciente hospitalizado. Empleo de una matriz multirriesgo-multimétodo reducida. *Análisis y Modificación de Conducta*, 16: 61-72. 1993.
221. **Yuris I.** La comunicación: Hacia una mejor relación con los ciudadanos del sistema sanitario. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 2 (2): 5-6. 2001.
222. **Nieto J, Abad M, Esteban M et al.** Op. cit. 2004.
223. **Gala F, Lupiani M, González R et al.** Op. cit. 1997.
224. **Gala F, Lupiani M, González R et al.** Cómo evoluciona la autoestima profesional: un análisis comparativo entre alumnos y profesionales de Enfermería. *Scientia*, 3 (4): 7-15. 1997.
225. **Gala F, Lupiani M, Paublete M et al.** ¿Poseen una adecuada autoestima profesional los/las profesionales de Enfermería?. *Scientia*, 3 (2): 85-91. 1997.
226. **Loscertales F y Gómez A.** Op. cit. 1999.



- 227. **Serrano F, Garcés de los Fayos E y Hidalgo D.** Burnout en Fisioterapeutas españoles. *Psicothema*, 20 (3): 361-368. 2008.
- 228. **Bravo M, Zurriaga R, Peiró J et al.** Un modelo causal sobre los antecedentes y consecuentes del estrés de rol en profesionales de la salud. *Psicología de la Salud*, 5: 19-36. 1993.
- 229. **Wandling B y Smith B.** Burnout in orthopaedic physical therapist. *Journal Orthopaedic Sport Physical Therapy*, 26: 124-130. 1997.
- 230. **Schlenz K, Guthrie M y Dudgeon B.** Burnout in occupational therapists and physical therapists working in head injury rehabilitation. *American Journal of Occupational Therapy*, 49: 986-993. 1995.
- 231. **Wolfe G.** Burnout of therapists . *Physical Therapy*, 61:1046-1050. 1981.
- 232. **Eiser J.** *Social Psychology and Behavioral Medicine*. Wiley. New York. 1982.
- 233. **Pades A y Ferrer V.** Cómo mejorar las habilidades sociales. Ejercicios prácticos para profesionales de enfermería. Grupo Editorial Universitario. Granada. 2001.
- 234. **Huici C.** Grupo social y comportamiento de salud y enfermedad. En J Morales et al (Eds.). *Psicología Social Aplicada*. (pp. 291-346). Desclée de Brouwer. Bilbao. 1985.
- 235. **Manzano G.** Estrés en el personal de enfermería. Tesis doctoral. Universidad de Deusto. Bilbao. 2001.
- 236. **Sanders G y Suls J.** *The social psychology of health and illness*. LEA. New York. 1982.
- 237. **Gil F y León J.** *Habilidades Sociales. Teoría, investigación e intervención*. Síntesis. Madrid. 1998.
- 238. **León J, Jarana L y Blanco A.** Op. cit. 1991.
- 239. **Rodríguez-Marín J.** *Psicología Social de la Salud*. Síntesis. Madrid. 1995.
- 240. **Ribera D, Cartagena E y Del Pozo L.** Entrenamiento en comunicación. Necesidad para Enfermería. *Rev. Rol de Enfermería*, 113: 26-28. 1988.
- 241. **Gil F y León J.** Op. cit. 1998.
- 242. **Peitchinis J.** Op. cit. 1989.

- 243. Gala F, Lupiani M, Guillén C et al.** Enfermería y Burnout: Un análisis de la situación española. IV Congreso Nacional de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. (pp. 62-63).Valladolid. 1998.
- 244. Simpson M, Buckman R, Stewart M et al.** Comunicación medico paciente. En R Taylor (Ed.). Medicina de familia. (pp.40-59). Elsevier (6ª Edic.). Barcelona. 2006.
- 245. Hengeveld E.** Op. cit. 2006.
- 246. Simpson M, Buckman R, Stewart M et al.** Comunicación médico paciente: El informe de consenso de Toronto. Medicina Práctica, 8 (1): 40-5. 1993.
- 247. Gala F, Lupiani M, Díaz M et al.** Op. cit. 1999.
- 248. Gala F, Lupiani M, Díaz M et al.** Op. cit. 1997.
- 249. Morales J.** La relación profesional de la salud-enfermo. En J Morales et al (Eds.). Psicología Social Aplicada. (pp. 83-109). Desclée de Brouwer. Bilbao.1985.
- 250. Hengeveld E y Banks K.** Comunicación y relación terapéutica. En E Hengeveld y K Banks (Eds.). Manipulación periférica. (pp. 39-70). Elsevier (4ª Edic.). Madrid. 2006.
- 251. Graham J.** Comunicación. En G Maitland, E Hengeveld y K Banks (Eds.). Manipulación vertebral. (pp. 23-51). Elsevier (7ª Edic.). Madrid. 2007.
- 252. Gala F, Lupiani M, Romero J et al.** Op. cit. 2006.
- 253. Rogers A, Karlsen S y Addington J.** All he service were excellent. It is When the human element comes in that thing go wrong: dissatisfaction with hospital care in the last year of life. Journal of Advanced Nursing, 31 (4): 768-774. 2000.
- 254. Maciá D y Méndez F.** Líneas actuales en Psicología de la Salud. En M Simón (Ed.). Manual de Psicología de la Salud. (pp. 217-256). Biblioteca Nueva. Madrid. 1999.
- 255. Ferrer V.** “Adherencia o Cumplimiento” de prescripciones terapéuticas y de salud. Conceptos y factores psicosociales implicados. Psicología de la Salud, 7 (1): 35-61. 1995.
- 256. Taylor S.** Health Psychology. Mc Graw-Hill. Nueva York. 2003.
- 257. Anderson H.** Conversation, language, and posibiliteis: a potmoderm approachts therapy. Basic Books (2ª Edic.). Nueva York. 2003.

258. **Jiménez C** (Coord). Ciencias Psicosociales Aplicadas a la Salud II. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba. Córdoba. 2001.
259. **Buller M y Buller D**. Physicians' communication style and patient satisfaction. *Journal of Health and Social Behavior*, 28: 375-388. 1997.
260. **Rier D**. The missing óbice of the critically ill: A medical sociologist's first-person accout. *Sociology of Health and Illnes*, 22: 69-93. 2000.
261. **Waitzkin H**. Changing patient-physician relationship in the changing health-policy enviroument. En C Bird, P Conrad y A Freemont (Eds.). *Handbook of Medical Sociology*. (pp. 271-283). Prentice Hall. Nueva York. 2000.
262. **Cockerham W**. Op. cit. 2002.
263. **Hall J y Dornan M**. Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Social Science and Medicine*, 27: 637-644. 1998.
264. **Robledo de Dios M**. Comunicación con el paciente. En J La Torre (Ed.). *Ciencias Psicosociales Aplicadas II*. (pp. 163-173). Síntesis. Madrid. 1995.
265. **Jiménez C**. Op. cit. 2001.
266. **Palazón I, Mira J, Aranaz J et al**. La satisfacción de los usuarios y el control de calidad. En J Rodríguez-Marín (Ed.). *Aspectos Psicosociales de la Salud y de la Comunidad*. (pp. 45-52). PPU. Barcelona. 1990.
267. **Jarana L, Ovejero A y León J**. Relación Profesional-Usuario de los Servicios de Salud. En F Gil et al (Eds.). *Entrenamiento en Habilidades Sociales en el marco de los Servicios de Salud*. (pp. 31-55). Diputación Provincial. Sevilla. 1991.
268. **Mira J, Vitaller J, Aranaz J et al**. La satisfacción del paciente: Concepto y aspectos metodológicos. *Psicología de la Salud*, 4: 89-116. 1992.
269. **Mira J, Vitaller J, Buil J et al**. Satisfacción y estrés laboral en médicos generalistas del sistema público español. *Atención Primaria*, 14: 1135-1140. 1994.
270. **Hombrados M, Perles F, Martín Portugués C et al**. Salud, servicios y satisfacción del usuario transfundido. En J León y S Barriga (Eds.). *Psicología de la Salud*. (pp.62-68). Eudema. Sevilla.1993.

271. **Jiménez C.** Técnicas relacionales utilizadas en los Servicios de Salud. En J León y C Jiménez (Eds.). *Psicología de la Salud. Asesoramiento al Personal Sanitario.* (pp. 33-66). Universidad de Sevilla. Sevilla. 1998.
272. **Loscertales F y Gómez A.** Op. cit. 1999.
273. **León J, Cantero F, Medina S et al.** Evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. En J León, T Barriga y B Gómez (Eds.). *Psicología Social: Orientaciones teóricas y ejercicios prácticos.* (pp. 433-452). Mc Graw-Hill. Madrid. 1998.
274. **Gobbo M.** Op. cit. 2009.
275. **Argyle M.** *Social interaction.* Methuen. Londres. 1969.
276. **Caballo V.** Op. cit. 2002.
277. **García Vera M, Sanz J y Gil F.** Entrenamiento en Habilidades Sociales. En F Gil y M León (Eds.). *Habilidades Sociales. Teoría, investigación e intervención.* (pp. 63-89). Síntesis. Madrid. 1998.
278. **McFall R.** A review and reformulation of the concept of social skills. *Behavioral Assesment*, 4: 1-33. 1982.
279. **Trower P.** Toward a Generative Model of Social Skills: A Critique and Síntesis. En P Curran y P Monti (Eds.). *Social Skills Training. A practical Handbook for Assement and Treatment.* (pp. 23-52). Guilford Press. New York. 1982.
280. **Caballo V.** Op. cit. 2002.
281. **Gala F, Lupiani M, Romero J et al.** Op. cit. 2006.
282. **Gala F, Lupiani M, Miret M et al.** Promoción de la Salud en Enfermería de AP mediante el diseño piloto de un taller de formación en comunicación de malas noticias según el Modelo de Buckman. *Paraninfo Digital*, 3: 1. 2008.
283. **Gala F, Lupiani M, Barreto M et al.** Promoción de la Salud en AP mediante el diseño de un taller de formación en comunicación de malas noticias según el Modelo de Buckman. *Medicina de Familia Andaluza*, 10 (2): 207. 2008.
284. **Castanyer O.** La asertividad: Expresión de una sana autoestima. *Desclée de Brouwer* (2ª Edic.). Barcelona. 2008.
285. **Gala F, Lupiani M, Díaz M et al.** Op. cit. 1997.

- 286. Bochner S.** Doctors, patients and their cultures. En D Pendleton y J Hasler (Eds.). Doctor-patient Communications. (pp. 36-48). Academic Press. Londres. 1990.
- 287. Rodríguez Marín J y Zurriaga R.** Estrés, enfermedad y hospitalización. EASP. Granada.1997.
- 288. Robinson M.** Communication and Elath in a multiethnic society. Policy Press. Bristol. 2001.
- 289. Bayne R, Nicolson P y Horton I.** Counselling and communication skills for medical and health practtioners. British Psychological Society. Leicester. 1999.
- 290. Burnard P.** Op. cit. 1994.
- 291. Carrol J y Munroe J.** Op. cit. 1979.
- 292. Ende J.** Feedback in clinic medical education. Jama, 250 (6): 777-789. 1998.
- 293. Gómez P.** Profesiones Sanitarias. "Más allá de la técnica". Humprosam. Madrid. 2000.
- 294. Huís E.** An approach to teaching doctors Social Skills. En W Singlenton et al (Eds.). The analisis of Social Skills. (pp. 40-46). Pergamon. Nueva York. 1980.
- 295. León J y Jarana L.** Habilidades sociales en el trabajo de Enfermería. FUDEN. Madrid. 1990.
- 296. León J, Jarana L y Blanco A.** Op. cit. 1991.
- 297. León J, Medina S, Cantero M et al.** Entrenamiento en habilidades Sociales para los Profesionales de la Salud. En J León y C Jiménez (Eds.). Psicología de la Salud. Asesoramiento al Personal Sanitario. (pp. 89-113). Servicio de Publicaciones. Universidad de Sevilla. Sevilla. 1998.
- 298. León J, Gil F y Medina S.** Las Habilidades Sociales. Una actitud y un instrumento. En F Loscertales y A Gómez (Eds.). La comunicación con el enfermo. Un instrumento al servicio de los Profesionales de la Salud. (pp.187-212). Alhulía. Granada. 1999.
- 299. Maguire P.** Social Skills Training for health professionals. En C Hollin y P Trower (Eds.). Handbook of Social Skills Training and Research. (pp. 24-51). John Wiley. Nueva York. 1986.

300. **Minardi H y Riley M.** Communication in the health care: a skills-based approach. Butterworth-Heinemann (2ª Edic.). Oxford. 2006.
301. **Rungapadiachy D.** Interpersonal communication and psychology for health care professional: theory and practice. Butterworth-Heinemann (2ª Edic.). Oxford. 2005.
302. **Simpson M, Buckman R, Stewart M et al.** Op. cit. 1993.
303. **BOE.** Op. cit. nº 233 de 29/01/93.
304. **BOE.** Resolución de 2/09/93 de la UCA por la que se publica el Plan de Estudios conducente al Título de Diplomado en Enfermería. (BOE nº 233 de 29/09/93).
305. **Gala F.** Op. cit. 1989.
306. **Gala F, Díaz M, Lupiani M et al.** Op. cit. 1994.
307. **Gala F, Díaz M, Lupiani M et al.** La Psicología de la Salud en el nuevo currículo de la Diplomatura de Enfermería. Rev. Rol de Enfermería, 206: 37-43. 1995.
308. **Gala F, Lupiani M, Díaz M et al.** Op. cit. 1997.
309. **Gala F, Díaz M y Bas P.** Relaciones Humanas en los cuidados de Enfermería. En F Herrera y F Gala (Eds.). Commemoración de los veinte años de la Enfermería Universitaria Gaditana. (pp. 205-208). Servicio de Publicaciones de la UCA. Cádiz. 1998.
310. **Gala F, Lupiani M, Díaz M et al.** Op. cit. 1999.
311. **García L.** La relación terapeuta paciente en la práctica Fisioterapéutica. Ciencias de la Salud, 4 (1): 34-51. Bogotá. 2006.
312. **OMS.** Op. cit. 1977.
313. **Roberts H.** Op. cit. 2006.
314. **CIE.** Op. cit. 1972.
315. **Gala F, Díaz M, Lupiani M et al.** La Psicología de la Salud: Evolución, Concepto y Marco. Scientia, 3 (2): 93-102. 1997
316. **Millar W y Rollnick S.** Terapia breve centrada en la solución como modelo de terapia familiar de toxicómanos. Ericsson. Florencia. 1994.
317. **Bertalanffy V.** Perspectivas en la Teoría General de Sistemas. Alianza Editorial (2ª Edic.). Madrid. 2001.

318. **Garbezi R y Compais E.** Evolución, Sistemas y Terapia Familiar. Servicios Psiquiátricos Provinciales. Excma. Diputación de Alicante. Alicante. 1990.
319. **Gil F y León J.** Op. cit. 1998.
320. **Gordon R y Gordon K.** A program of modular psychoeducational skills training for chronic mental patients. En L L'Abate y M Milan (Eds.). Handbook of social skills training and research. (pp. 62-78). John Wiley and Sons. Nueva York. 1986.
321. **Pearlin L.** The sociological study of stress. Journal of Health and Social Behavior, 30: 241-256. 1980.
322. **Gil F y León J.** Op. cit. 1998.
323. **Stone S.** Op. cit. 1991.
324. **García L.** Op. cit. 2006.
325. **Engel G.** The need for a new medical: A Challenger for biomedicine. Science, 19: 1129-1136. 1977.
326. **Benzaid N.** La consulta médica. Siglo XXI (2ª Edic.). México. 1976.
327. **Russell B.** Antología. Siglo XXI (3ª Edic.). Madrid. 1981.
328. **Frankl V.** Ante el vacío existencial: hacia una humanización de la psicoterapia. Herder (9ª Edic.). Barcelona. 2003.
329. **Kalinsky B.** Claves antropológicas de la salud. El conocimiento en una realidad intercultural -citado en- L García. La relación terapeuta paciente en la práctica Fisioterapéutica. Ciencias de la Salud, 4 (1): 34-51. Bogotá. 2006.
330. **Goleman D.** La inteligencia emocional en la práctica. Porque es más importante que el cociente intelectual. Javier Vergara. Buenos Aires. 1996.
331. **García L.** Op. cit. 2006.
332. **Knapp L.** La Comunicación No Verbal. El cuerpo y el entorno. Paidós (5ª Edic.). Barcelona. 2002.
333. **Wolfe G.** Op. cit. 1981.
334. **Martínez J.** Vocación en Enfermería: Entre la etnografía y la cuantificación. Una visión a través de estudiantes de Enfermería. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz. Cádiz. 2004.
335. **Wolfe G.** Op. cit. 1981.
336. **Gala F, Lupiani M, Díaz M et al.** Op. cit. 1997.

337. **Gala F, Lupiani M, Guillén C et al.** Op. cit. 2001.
338. **Guillén C, Lupiani M y Gala F.** Estrés laboral en los profesionales sanitarios, concepto, formas clínicas e intervención. En J Alberca, A Hernández y E Gris (Eds.). VIII Congreso Nacional de Psicología Clínica y de la Salud. (pp.59-60). Publicaciones del Centro Clínico los Naranjos. Málaga. 2001.
339. **Gala F, Lupiani M, Guillén C et al.** Op. cit. 2001.
340. **Guillén C, Gala F y Lupiani M.** Burnout: Conceptualización y posibilidades de intervención. En 9<sup>th</sup> European Congress of Psychology. Granada. 2005.
341. **Gala F y Lupiani M.** Psicopatologías laborales emergentes en la escuela. En M Lupiani y J Moreno (Coords.). La Salud en el Medio Escolar. (pp.285-295). Publicaciones del Instituto de Estudios Ceutíes. Ceuta. 2007.
342. **Lupiani M y Gala F.** Estilos de vida no saludables en la Escuela. En M Lupiani y J Moreno (Coords.). La Salud en el Medio Escolar. (pp. 275-283). Publicaciones del Instituto de Estudios Ceutíes. Ceuta. 2007.
343. **Guillén C, Gala F, Lupiani M et al.** Salud y condiciones de trabajo de los profesionales de la salud. Factores de riesgo psicológico. En C Jiménez (Coord.). Ciencias psicosociales aplicadas a la salud I. (pp. 565-590). Servicio de publicaciones de la Universidad de Córdoba. Córdoba. 2007.
344. **Cordeiro J, Guillén C, Gala F et al.** El síndrome de Burnout en los maestros de primaria. Resultados de una investigación. En E Marchena y C Alcalde (Coords.) La perspectiva de la educación en el siglo que empieza II. (pp. 931-934). Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz. Cádiz. 2000.
345. **Cordeiro J, Guillén C, Gala F et al.** Aproximación al síndrome de Burnout en la escuela primaria española. Resultados de una investigación inicial. Scientia, VII (1-2): 39-56. 2002.
346. **Cordeiro J, Guillén C, Gala F et al.** Prevalencia del síndrome de Burnout en los maestros. Resultados de una investigación preliminar. Psiquiatría.com, 7 (I). 2003.
347. **Cordeiro J, Guillén C y Gala F.** La Síndrome di Burnout nella Scuola Elementare Spagnola. Risultati di una ricerca finalizzata all'intervento. Psicologia Della Salute, 3: 111-122. 2002.



- 348. Esteve J.** El malestar docente. Laíá (2ª Edic.). Barcelona. 2007.
- 349. Gómez A, Gala F, Guillén C et al.** Intervención y prevención del estrés laboral. *Psiquis*, 24 (1): 22-31. 2003.
- 350. Lupiani M, Gala F, Guillén C et al.** La enfermería española víctima del Burnout. *Scientia*, V (1-2): 87-97. 2000.
- 351. Bimbela J.** Op. cit. 2007.
- 352. Rodríguez A.** Op. cit. 1996.
- 353. Hernández- Monsalve L y Gervas M.** Estrés en los profesionales sanitarios. En J Gestal (Ed.). *Riesgos del trabajo del personal sanitario*. (pp. 447-457). Interamericana Mc Graw-Hill (2ª Edic.). Madrid. 1996.
- 354. Gala F, Lupiani M, Gómez A et al.** Enfermería y Burnout: un análisis de la situación española. VII Congreso Nacional de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. Valladolid. 1998.
- 355. Gala F, Lupiani M, Guillén C et al.** Burnout en los profesionales sanitarios. En J Alberca, A Hernández y E Gris (Eds.). VIII Congreso Nacional de Psicología Clínica y de la Salud. (pp. 62-63). Publicaciones del Centro Clínico los Naranjos. Málaga. 2001.
- 356. Boada J, de Diego R y Agulló E.** El Burnout y las manifestaciones psicósomáticas como consecuentes del clima organizacional y de la motivación laboral. *Psicothema*, 16 (1): 125-131. 2004.

### 6.2.2.-ANÁLISIS DE LAS VARIABLES PSICOLÓGICAS DE LOS PROFESIONALES

357. Lupiani M, Gala F, González R et al. Op. cit. 1998.
358. Gala F, Díaz M, Lupiani M et al. Op. cit. 1997.
359. Lupiani M, Gala F, González R et al. Op. cit. 1998.
360. León J, Gil F y Medina S. Op. cit. 1999.
361. Castanyer O. Op. cit. 2008.
362. García L. Op. cit. 2006.
363. Montoro E, Vázquez M, Muñoz Cruzado M et al. Op. cit. 2006.
364. Maciá D y Méndez F. Op. cit. 1999.
365. Cockerham W. Op. cit. 2002.
366. Núñez S, Martín A, Rodríguez I et al. Identificación de problemas de calidad en la información clínica a usuarios de un servicio de urgencias hospitalarias. Clínica Española, 2: 629-634. 2002.
367. Loscertales F y Gómez A. Op. cit. 1999.
368. Jiménez C. Op. cit. 1998.
369. Rathus S. A 30 item Schedule for assessing assertiveness. Behavior Therapy, 4: 398-406. 1973.
370. Lupiani M, Gala F, González R et al. Op. cit. 1998.
371. Gala F, Lupiani M, Guillén C et al. Op. cit. 2001.
372. Gil F y León J. Op. cit. 1998.
373. Caballo V. Op. cit. 2002.
374. Gil F, León J y Jarana L. Habilidades sociales y salud. Pirámide. Madrid 1995.
375. Caballo V. Op. cit. 2002.
376. Gala F, Lupiani M, Guillén C et al. Op. cit. 2001.
377. Libet J y Lewinsohn P. Op. cit. 1973.
378. Hayman P y Cope C. Op. cit. 1980.
379. Hersen M, Kabacoff R, Van-Hasselt V et al. Op. cit. 1995.
380. Maslach C, Schaufeli W y Leiter M. Job Burnout. Annual Review Psychology, 52: 397-422. 2001.

381. **Peplau H.** Op. cit. 1993.
382. **Guillén C, Lupiani M y Gala F.** Op. cit. 2001.
383. **Maslach C, Schaufeli W y Leiter M.** Op. cit. 2001.
384. **Martínez J.** Estrés laboral. Prentice Hall. Madrid. 2004.
385. **Guillén C, Gala F y Lupiani M.** Op. cit. 2007.
386. **Salanova M, Grau R, Martínez I et al.** Nuevos horizontes en la investigación sobre autoeficacia. *Psique*, 8: 294. 2004.
387. **Lupiani M, Gala F, Lupiani S et al.** Op. cit. 1999.
388. **Gala F, Lupiani M, Guillén C et al.** Op. cit. 2001.
389. **Graham J.** Op. cit. 2006.
390. **Rodríguez- Marín J.** Op. cit. 1995.
391. **Gala F, Lupiani M, Guillén C et al.** Op. cit. 2001.
392. **Caballo V.** Op. cit. 2002.
393. **Gil F y García M.** Entrenamiento en habilidades sociales. En F Labrador, J Cruzado y M Muñoz (Eds.). Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. (pp. 796-827). Pirámide. Madrid. 2001.
394. **Garaigordobil, M.** Intervención con adolescentes: Impacto de un programa de asertividad y en las estrategias cognitivas de afrontamiento de situaciones sociales. *Psicología conductual*, 9 (2): 221-246. 2001.
395. **Romero C y Gómez R.** El síndrome de burnout en Fisioterapia. *Fisioterapia*, 1: 43-51. 2002.
396. **Serrano F, Garcés de los Fayos y Hidalgo D.** Op. cit. 2008.
397. **Pendleton D y Hasler J.** Op. cit. 1990.
398. **Peitchinis J.** Op. cit. 1989.
399. **Gala F, Lupiani M, Díaz M et al.** Op. cit. 1999.
400. **Cabrero J, Richart M y Reig A.** Op. cit. 1993.
401. **Aguilar R, Meléndez A, Ortega O et al.** Análisis del grado de satisfacción de los usuarios con la información recibida en los hospitales públicos de Andalucía. Comunicación al II Symposium de la S.A.A.V.S. Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz. 1995.
402. **Waitzkin H.** Op. cit. 2000.

- 403. Rier D.** Op. cit. 2002.
- 404. Cockerham W.** Op. cit. 2002.
- 405. Núñez S, Martín A, Rodríguez I et al.** Op. cit. 2002.
- 406. Pérez M, Rodríguez M, Fernández A et al.** Valoración del grado de satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina Intensiva*, 28: 237-249. 2004.
- 407. Rodríguez A.** Op. cit. 1996.
- 408. Payne R y Firth-Gozens J.** Stress in health professionals. John Wiley and Sons. Nueva York. 1987.
- 409. Vázquez C y Sanz J.** Op. cit. 1992.
- 410. Beck A y Steer R.** Op. cit. 1993.
- 411. Ayuso J.** Op. cit. 2001.
- 412. Alonso-Hernández F.** Op. cit. 1998.
- 413. Erans D, Charney D y Lewis L.** Op. cit. 2007.
- 414. Vázquez C y Sanz J.** Op. cit. 1992.
- 415. Márquez A.** Psicopatología de la mujer. Curso de Psiconeuro-inmuno-endocrinología. Disponible en: <http://www.intramed.net>. 10/4/2010.
- 416. Ibañez E.** Medidas para combatir el Estrés Laboral. <http://www.psiquiatria.com>. (Noticias). 17/5/2010.
- 417. Gala F y Lupiani M.** La autoestima como variable psicosocial emergente: Conceptualización, Análisis y Aplicaciones. Instituto de Estudios Ceutíes. Granada. 2010.
- 418. Lewinsohn P y Graf M.** Pleasant activities and depression. *Journal of consulting and clinical Psychology*, 41: 261-268. 1973.
- 419. Lewinsohn P.** A behavioral approach to depression. En R Friedman y M Katz (Eds.). *The psychology of depression contemporary theory and research*. (pp.10-14). Wiley. Nueva York. 1974.
- 420. Lewinsohn P, Gotlib I y Hautzinger M.** Tratamiento conductual de la depresión unipolar. En V Caballo (Ed.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. (pp. 67-75). Siglo XXI. Madrid. 1997.

- 421. Vázquez C.** Evaluación de los trastornos depresivos y bipolares. En A Road (Ed.). Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud. (pp. 163-209). CEPE. Madrid. 1995.
- 422. Ferster C.** A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28:857-870. 1973.
- 423. Gala F, Lupiani M, Guillén C et al.** Op. cit. 2001.
- 424. Hayman P y Cope C.** Op. cit. 1980.
- 425. Hersen M, Kabacoff R, Van-Hasselt V et al.** Op. cit. 1995.
- 426. Ilana R y Doneson B.** Op. cit. 1988.
- 427. Aguilar R, Meléndez A, Ortega O et al.** Op. cit. 1995.
- 428. Grau R, Salanova M y Peiró J.** Efectos moduladores de la autoeficacia en el estrés laboral. *Apuntes de Psicología*, 18 (1): 57-75. 2000.
- 429. Rehm L.** Op. cit. 1995.
- 430. Gala F, Lupiani M, Romero J et al.** Op. cit. 2006.
- 431. Caballo V.** Op. cit. 2002.
- 432. Prados J y Quesada F.** Habilidades en la entrevista, malas noticias. En M Tazón y J García (Eds.). Relación y comunicación. (pp. 299-310). Enfermería S21. Paradigma. Madrid. 2001.
- 433. Rémor E, Arranz P y Ulla S.** El Psicólogo en el ámbito hospitalario. Desclé de Brower. Bilbao. 2003.
- 434. Leventhal L y Tomarken C.** Stress and illness: perspectives from health psychology. En L Kas y P Cooper (Eds.). Stress and Health: Issues in research methodology. (pp. 40-51). Wiley y Sons. Londres. 1987.
- 435. Olmedo M, Santed M, Jiménez R et al.** El síndrome de Burnout: Variables laborales, personales y psicopatológicas asociadas. *Psiquis*, 22 (3): 117-129. 2001.
- 436. Caballero F.** Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Atención Primaria*, 27 (5): 313-317. 2001.
- 437. Torres-Ivarez E, San Sebastián X, Ibarretxe R et al.** Autopercepción de estrés laboral y distrés: un estudio empírico en la policía municipal. *Psicothema*, 14 (2): 215-220. 2002.

- 438. Vilorio H, Paredes M y Paredes L.** Burnout en profesores de educación física. *Psicología del Deporte*, 12 (2): 33-146. 2003.
- 439. Sonnentag S y Frese M.** Stress in Organizations. En W Borman, D Ilgen y R Klimoski (Eds.) *Handbook of Psychology. Industrial and Organizational Psychology*. (pp. 65-76). John Wiley y Sons. New Jersey. 2003.
- 440. Guillén C.** Intervención psicosocial en el estrés y la ansiedad. En C Guillén y F Gala (Eds.). *El estrés y la ansiedad, males de nuestra época. XX Cursos de Verano de la UCA*. (pp. 14-22). Servicio de publicaciones de la Universidad de Cádiz. San Roque. 2000.
- 441. Brengelmann J.** Op. cit. 1986.
- 442. Spielberger C, Gorsuch R y Lushene R.** Op. cit. 1988.
- 443. Pérez F.** De las habilidades sociales a las estrategias de relación interpersonal. Una propuesta de modelo. *Ansiedad y Estrés*, 3 (23): 178-201. 1997.
- 444. Caballo V, Andres V y Bas F.** Fobia social. En V Caballo (Ed.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. (pp.150-180). Siglo XXI. Madrid. 1997.
- 445. Gómez A, Gala F y Gillén C.** Op. cit. 2003.
- 446. Cano J, Gala F, Guillén C et al.** El dolor psíquico: la angustia y el sentimiento de culpa. *Psiquis*, 24 (4):167-172. 2003.
- 447. Bound F.** Op. cit. 2004.
- 448. Beuke J, Fischer R y Mc Dowall J.** Op. cit. 2003.
- 449. Gala F y Guillén C.** Op. cit.1999.
- 450. Boada J, de Diego R y Agulló E.** El Burnout y las manifestaciones psicosomáticas como consecuentes del clima organizacional y de la motivación laboral. *Psicothema*, 16 (1): 125-131. 2004.
- 451. Soler M, Agut S y Llor B.** Diferencias individuales en los efectos del estrés laboral en la salud física y psicológica. *Encuentros en Psicología Social*, 1 (2): 99-103. 2003.
- 452. Sherman J.** Op. cit. 2000.
- 453. Walker K.** Op. cit. 1998.

- 454. Manzano G y Ramos F.** Enfermería hospitalaria y síndrome de burnout. *Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 16 (2): 197-213. 2000.
- 455. López J y Pérez F.** Reflexión sobre el Burnout: ¿De que hablan los estudios sobre su medida en enfermería?. Resultados a partir de una revisión bibliográfica. *Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 20 (1): 65-67. 2004.
- 456. Salanova M, Cifre E, Martínez I et al.** Caso a caso en la prevención de riesgos psicosociales. Metodología WONT para una organización saludable. Lettera Publicaciones. Bilbao. 2007.
- 457. García M, Azpiroz J, De la Fuente et al.** La ansiedad en el personal sanitario. XXVIII Congreso Nacional de Enfermería en Cardiología. Salamanca. 2007.
- 458. Matud M, De Abona M y Matud M.** Estrés laboral y salud en el profesorado: un análisis diferencial en función del género y del tipo de enseñanza. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2 (3):451-465. 2002.
- 459. Cordeiro J, Guillén C y Gala F.** Op. cit. 2002.
- 460. Soler M, Agut S y Llor B.** Diferencias individuales en los efectos del estrés laboral en la salud física y psicológica. *Encuentros en Psicología Social*, 1 (2):99-103. 2003.
- 461. Jenkins R.** Demographic aspects of stress. En C Cooper y R Payne (Eds.). *Personality and stress: Individual differences in the stress process.* (pp.107-132). Wiley. Chichester. 1991.
- 462. Martínez-Benlloch I.** Los efectos de las asimetrías de género en la salud de las mujeres. *Anuario de Psicología*, 34 (2): 253-266. 2003.
- 463. Serrano F, Garcés de los Fayos E y Hidalgo D.** Op. cit. 2008.
- 464. Deckard G y Present R.** Impact of role stress on physical therapists emotional and physical well-being. *Physical Therapy*, 69: 713-718. 1989.
- 465. Cordeiro J, Guillén C, Gala F et al.** Op. cit. 2000.
- 466. Chinchilla N.** Empresa, Familia y Sociedad, un triángulo en constante evolución. En J Sagardoy, A Bengoechea y A De la Torre (Coords.). *La conciliación entre el trabajo y la familia. Un análisis del empleo en la Comunidad de Madrid.* (pp. 123-139). Cinca. Madrid. 2004.
- 467. Tobío C.** Madres que trabajan. Dilemas y estrategias. Cátedra. Madrid. 2005.

468. **Gala F.** Op. cit. 2000.
469. **Martínez-López C y López-Solache G.** Características del síndrome de Burnout en un grupo de enfermeras mexicanas. *Medicina familiar*, 7: 6-9. 2005.
470. **Mingote J y Pérez S.** Estrés en la enfermería: el cuidado del cuidador. Díaz de Santos. Madrid. 2003.
471. **Soler M, Agut S y Llor B.** Op. cit. 2003.
472. **Boada J, de Diego R y Agulló E.** Op. cit. 2004.
473. **Brengelmann J.** Op. cit. 1986.
474. **Peiró J y Salvador A.** Control del estrés laboral. Eudema. Salamanca. 1993.
475. **Gala F.** Op. cit. 1999.
476. **Gómez A, Gala F, Guillén C et al.** Intervención y prevención del estrés laboral. *Psiquis*, 24 (5): 226-235. 2003.
477. **Gala F, Díaz M, Lupiani M et al.** Op. cit. 1994.
478. **Gala F, Díaz M, Lupiani M et al.** Op. cit. 1995.
479. **Díaz M y Gala F.** Op. cit. 1993.
480. **Lazarus R y Folkman S.** Op. cit. 1986.
481. **Kompier M, Cooper C y Geurts S.** A multiple case study approach to work stress prevention in Europe. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 9 (3): 371-400. 2000.
482. **Boada J, de Diego R y Agulló E.** Op. cit. 2004.
483. **Sears S, Urizar G y Evans G.** Examining a Stress-Coping Model of Burnout and Depression in Extension Agents. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5: 56-62. 2000.
484. **Gestal J.** Riesgos del trabajo del personal sanitario. Interamericana Mc Graw-Hill (2ª Edic.). Madrid. 1996.
485. **Hernández-Monsalve L y Gervás J.** Op. cit. 1996.
486. **Alonso-Hernández F.** Salud mental y morbilidad psiquiátrica en el personal sanitario. En J Gestal (Ed.). Riesgos del trabajo del personal sanitario. (pp. 414-423). Madrid. 1996.
487. **De las Cuevas C.** El desgaste profesional en Atención Primaria: presencia y distribución del síndrome de "Burnout". Departamento de Psiquiatría y



- Psicosomática. Fundación Jiménez Díaz. Universidad de La Laguna. Tenerife. 2004.
- 488. Moya-Albiol L, Serrano M, González-Bono E et al.** Respuestas psicofisiológicas de estrés en una jornada laboral. *Psicothema*, 17 (2): 205-211. 2005.
- 489. Lupiani M, Gala F, Lupiani S et al.** Op. cit. 1999.
- 490. Salanova M.** Medida y evaluación del burnout. Nuevas perspectivas. En P Gil-Monte, M Salanova, J Aragón et al (Eds.). El síndrome de quemarse por el trabajo en Servicios Sociales. (pp. 27-43). Diputación de Valencia. Valencia. 2006.
- 491. Schaufeli W y Buunk B.** Burnout. An overview of 25 years of research and theorizing. En M Schabracq, J Winnubst y C Cooper (Eds.). *The handbook of work and health psychology*. (pp. 383-425). John Wiley y Sons (2ª Edic.). Chichester. 2002.
- 492. Lorente L, Salanova M y Martínez I.** Estrategias de prevención de Burnout desde los recursos humanos. *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, 41: 12-20. 2007.
- 493. Salanova M y Llorens S.** Estado actual y retos futuros en el estudio del Burnout. *Papeles del Psicólogo*, 29 (1): 59-67. 2008.
- 494. Gala F y Lupiani M.** Op. cit. 2007.
- 495. Gómez A, Gala F, Guillén C et al.** Op. cit. 2003.
- 496. León J, Medina S, Cantero M et al.** Habilidades de información y comunicación en la atención al usuario. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla. 1997.
- 497. León J y Medina S.** Psicología Social de la Salud. Fundamentos teóricos y metodológicos. Comunicación Social. Sevilla. 2002.
- 498. Montoro E, Vázquez M, Muñoz-Cruzado M et al.** Op. cit. 2006.
- 499. Moya-Albiol L, Serrano M, González-Bono E et al.** Op. cit. 2005.
- 500. Gala F, Lupiani M, Guillén C et al.** Op. cit. 2001.
- 501. Rodríguez Marín J.** Op. cit. 1995.
- 502. Jiménez C.** Ciencias Psicosociales Aplicadas a la Salud II. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba. Córdoba. 2001.
- 503. Taylor S.** Op. cit. 2003.

- 504. OMS.** Publicación Científica nº 348. Ginebra. 1997.
- 505. CIE.** Conferencia de Nairobi. Informe nº 39, párrafo 41. Nairobi. 1972.
- 506. Gala F, Díaz M y Bas P.** Op. cit. 1996.
- 507. Friedman H y Di Mateo M.** Health Psychology. Prentice Hall. Nueva York. 1989.
- 508. Gala F, Díaz y Bas P.** Op. cit. 1998.
- 509. Lucas R.** Antropología y Problemas Bioéticos. M BAC. Madrid. 2001.
- 510. Tomás G.** Bioética, un compromiso existencial y científico. Universidad Católica de San Antonio. Murcia. 2005.
- 511. Lupiani M, Gala F, Bas P et al.** Enfermos de Sida: Un análisis de los cuidados desde la Bioética. Rev. Rol de Enfermería, 222: 66-72. 1997.



Con motivo de la realización de un estudio de investigación de carácter científico, sobre los fisioterapeutas gaditanos en el desempeño de su labor profesional en sus distintos ámbitos de trabajo, nos es necesaria tu colaboración

En este sobre aparecen unos cuestionarios de carácter anónimo; te rogamos encarecidamente que los conteste, pues de sus respuestas se desprenderán conclusiones de gran interés para el estudio que estamos realizando.

Una vez cumplimentados los cuestionarios, introducirlos en el sobre y devolverlos a la misma persona que se los entregó.

El sobre que ha de utilizar para devolver los cuestionarios cumplimentados, según se le ha indicado en el párrafo anterior, es el que le adjuntamos en este envío.

**¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN !**

### **INSTRUCCIONES GENERALES**

En el sobre aparecen – además de esta presentación y el sobre de devolución – cinco cuestionarios que ud. debe cumplimentar. Cada cuestionario tiene sus **instrucciones específicas, léalas con atención.**

Doctoranda: Petronila Oliva Ruiz

Directores: Prof. Dr. D. Francisco Javier Gala León

Prof. Dr. D. Manuel Rosety Rodríguez

**CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO**  
**ALUMNOS**  
**(Por favor ponga una X donde corresponda)**

**SEXO**

Varón  
Mujer

**EDAD**

Hasta 25 años  
Entre 26 y 50 años

**ESTADO CIVIL**

Soltero/a  
Casado/a o pareja de hecho  
Separado/a, divorciado/a o viudo/a

**NUMERO DE HIJOS**

0  
1  
2 o más

**ALUMNO DE LA D. DE FISIOTERAPIA**

Primer curso  
Segundo curso  
Tercer curso

**ACCESO A LA UNIVERSIDAD**

Selectividad  
Formación Profesional  
Otros

**SITUACIÓN LABORAL**

Trabaja  
No trabaja

**¿CREE QUE TIENE HABILIDADES  
SOCIALES?**

Si  
No

**¿HA RECIBIDO ALGÚN CURSO SOBRE  
HABILIDADES SOCIALES?**

Si  
No

**¿CREE CONVENIENTE QUE EN EL  
POSGRADO SE IMPARTAN CURSOS  
SOBRE HABILIDADES SOCIALES?**

Si  
No

**CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO  
PROFESIONALES  
(Por favor ponga una X donde corresponda)**

**SEXO**

Varón  
Mujer

**CENTRO DE TRABAJO**

Atención Primaria  
Atención Especializada

**EDAD**

Hasta 25 años  
Entre 26 y 50 años  
Más de 50 años

**SITUACIÓN ADMINISTRATIVA**

Fijo  
Interino  
Eventual

**ESTADO CIVIL**

Soltero/a  
Casado/a o pareja de hecho  
Separado/a, divorciado/a o viudo/a

**EXPERIENCIA LABORAL**

De 0 a 2 años  
De 3 a 10 años  
Más de 10 años

**NUMERO DE HIJOS**

0  
1  
2 o más

**HORARIO/TURNO**

Mañana  
Tarde  
Mañana y tarde

**¿HA RECIBIDO ALGÚN CURSO SOBRE  
HABILIDADES SOCIALES?**

Si  
No

**¿CREE QUE TIENE HABILIDADES  
SOCIALES?**

Si  
No

**¿CREE CONVENIENTE QUE EN EL POSGRADO  
SE IMPARTAN CURSOS SOBRE HABILIDADES SOCIALES?**

Si  
No

# RATHUS

## INSTRUCCIONES:

Indique, en la línea que se encuentra a la izquierda del número correspondiente a cada pregunta, mediante el código siguiente, hasta qué punto le describen o caracterizan cada una de las afirmaciones de la lista:

- +3 muy característico en mí, muy descriptivo.
- +2 bastante característico en mí, bastante descriptivo.
- +1 algo característico en mí, ligeramente descriptivo.
- 1 algo raro en mí, poco descriptivo.
- 2 bastante extraño en mí.
- 3 muy poco característico en mí.

- \_\_\_ 1. Mucha gente parece ser más agresiva y asertiva que yo.
- \_\_\_ 2. He dudado en solicitar o aceptar citas por timidez.
- \_\_\_ 3. Cuando la comida que me han servido en el restaurante no está hecha a mi gusto, me quejo al camarero / ra.
- \_\_\_ 4. Me esfuerzo en evitar ofender los sentimientos de otras personas aún cuando me hayan molestado.
- \_\_\_ 5. Cuando el vendedor se ha molestado mucho mostrándome un producto que luego no me agrada, paso un mal rato al decir "no".
- \_\_\_ 6. Cuando me dicen que haga algo, insisto, "en saber porque".
- \_\_\_ 7. Hay veces en que provocho abiertamente una discusión.
- \_\_\_ 8. Lucho, como la mayoría de las gentes, por mantener mi posición.
- \_\_\_ 9. En realidad, la gente se aprovecha con frecuencia de mí.
- \_\_\_ 10. Disfruto entablando una conversación con conocidos y extraños.
- \_\_\_ 11. Con frecuencia no sé que decir a personas atractivas del otro sexo.
- \_\_\_ 12. Rehuyo telefonar a instituciones o empresas.
- \_\_\_ 13. En caso de solicitar un trabajo o la admisión en una institución, preferiría cartas a realizar entrevistas.
- \_\_\_ 14. Me resulta embarazoso devolver un artículo comprado.
- \_\_\_ 15. Si un pariente cercano o respetable me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos ante de expresar mi disgusto.
- \_\_\_ 16. He evitado hacer preguntas por miedo a parecer tonto.
- \_\_\_ 17. Durante una discusión, con frecuencia temo alterarme tanto como para ponerme a temblar.
- \_\_\_ 18. Si un eminente conferenciante hiciera una afirmación que considero incorrecta, yo expondría públicamente mi propio punto de vista.
- \_\_\_ 19. Evito discutir sobre precios con dependientes o vendedores.
- \_\_\_ 20. Cuando he hecho algo importante o meritorio, trato de que los demás se enteren de ello.
- \_\_\_ 21. Soy abierto y franco en lo que respecta a mis sentimientos.
- \_\_\_ 22. Si alguien ha hablado mal de mí o me atribuido hechos falsos, le (la) busco cuanto antes para poner los puntos sobre la íes.
- \_\_\_ 23. Con frecuencia paso un mal rato al decir "No".
- \_\_\_ 24. Suelo reprimir mis emociones antes de hacer una escena.
- \_\_\_ 25. En el restaurante o en cualquier sitio semejante, protesto por un mal servicio.
- \_\_\_ 26. Cuando me alban con frecuencia, no sé qué responder.
- \_\_\_ 27. Si dos personas en el teatro o en una conferencia están hablando demasiado alto, les digo que se callen o se vayan a hablar a otra parte.
- \_\_\_ 28. Si alguien se me cuela en una fila, le llamo abiertamente la atención.
- \_\_\_ 29. Expreso mis opiniones con facilidad.
- \_\_\_ 30. Hay ocasiones en que soy incapaz de decir nada.

## BDI

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones, por favor, lea con atención cada una, a continuación, señale cual de las afirmaciones de cada grupo describe mejor como se ha sentido durante esta última semana, incluyendo el día de hoy; rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido, si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también, **asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.**

- 1) 0. No me siento triste.  
1. Me siento triste.  
2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.  
3. Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
- 2) 0. No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.  
1. Me siento desanimado respecto al futuro.  
2. Siento que no tengo que esperar nada.  
3. Siento que el futuro es desesperanzado y las cosas no mejoran.
- 3) 0. No me siento fracasado.  
1. Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.  
2. Cuando miro hacia atrás, solo veo fracaso tras fracaso.  
3. Me siento una persona totalmente fracasada.
- 4) 0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.  
1. No disfruto de las cosas tanto como antes.  
2. Ya no tengo una satisfacción auténtica de las cosas.  
3. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
- 5) 0. No me siento especialmente culpable.  
1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.  
2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.  
3. Me siento culpable constantemente.
- 6) 0. No creo que esté siendo castigado.  
1. Me siento como si fuese a ser castigado.  
2. Espero ser castigado.  
3. Siento que estoy siendo castigado.
- 7) 0. No estoy decepcionado de mí mismo.  
1. Estoy decepcionado de mí mismo.  
2. Me da vergüenza de mí mismo.  
3. Me detesto.
- 8) 0. No me considero peor que cualquier otro.  
1. Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.  
2. Continuamente me culpo por mis faltas.  
3. Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9) 0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.  
1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo comentaría.  
2. Desearía suicidarme.  
3. Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
- 10) 0. No lloro más de lo solía.  
1. Ahora lloro más que antes.  
2. Lloro continuamente.  
3. Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo incluso aunque quisiera.
- 11) 0. No estoy más irritado de lo normal en mí.  
1. Me molesto o irrito más fácilmente que antes.  
2. Me siento irritado continuamente.  
3. No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
- 12) 0. No he perdido el interés por los demás.  
1. Estoy menos interesado en los demás que antes.  
2. He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.  
3. He perdido todo interés por los demás.
- 13) 0. Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.  
1. Evito tomar decisiones más que antes.  
2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.  
3. Ya me es imposible tomar decisiones.
- 14) 0. No creo tener peor aspecto que antes.  
1. Me siento que ahora parezco más viejo o poco atractivo.  
2. Creo que se me han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.  
3. Creo que tengo un aspecto horrible.
- 15) 0. Trabajo igual que antes.  
1. Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.  
2. Tengo que obligarme mucho para hacer algo.  
3. No puedo hacer nada en absoluto.
- 16) 0. Duermo tan bien como antes.  
1. No duermo tan bien como antes.  
2. Me despierto un o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.  
3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volver a dormir.
- 17) 0. No me siento más cansado de lo normal.  
1. Me canso más que antes.  
2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.  
3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.
- 18) 0. Mi apetito no ha disminuido.  
1. No tengo tan buen apetito como antes.  
2. Ahora tengo mucho menos apetito.  
3. He perdido completamente el apetito.
- 19) 0. Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.  
1. He perdido más de 2 kilos.  
2. He perdido más de 4 kilos.  
3. He perdido más de 7 kilos.
- 20) 0. No estoy más preocupado por mi salud que lo normal.  
1. Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.  
2. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.  
3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier otra cosa.
- 21) 0. No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.  
1. Estoy menos interesado por el sexo que antes.  
2. Estoy mucho menos interesado por el sexo.  
3. He perdido totalmente mi interés por el sexo.



# STAI

## AUTOEVALUACION A (E/R)

### A-E

### INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo.

Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE* Vd. *AHORA MISMO*, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado ...	0	1	2	3
2. Me siento seguro ...	0	1	2	3
3. Estoy tenso ...	0	1	2	3
4. Estoy contrariado ...	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto) ...	0	1	2	3
6. Me siento alterado ...	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras ...	0	1	2	3
8. Me siento descansado ...	0	1	2	3
9. Me siento angustiado ...	0	1	2	3
10. Me siento confortable ...	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo ...	0	1	2	3
12. Me siento nervioso ...	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado ...	0	1	2	3
14. Me siento muy «atado» (como oprimido) ...	0	1	2	3
15. Estoy relajado ...	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho ...	0	1	2	3
17. Estoy preocupado ...	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado ...	0	1	2	3
19. Me siento alegre ...	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien ...	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Ahora, vuelva la hoja y lea las Instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases.

A-R

# INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo.

Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE* Vd. *EN GENERAL* en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente Vd. generalmente.

	0	1	2	3
21. Me siento bien ...	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente ...	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar ...	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros ...	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto ...	0	1	2	3
26. Me siento descansado ...	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada ...	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas ...	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia ...	0	1	2	3
30. Soy feliz ...	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente ...	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo ...	0	1	2	3
33. Me siento seguro ...	0	1	2	3
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades ...	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico) ...	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho ...	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia ...	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos ...	0	1	2	3
39. Soy una persona estable ...	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

¡ MUCHAS GRACIAS !

## INSTRUCCIONES

A continuación va a encontrar una serie de enunciados relacionados con acontecimientos importantes, situaciones de ansiedad, momentos tensos, de nerviosismo, de inquietud, de frustración, etc.

Usted debe decirnos cuáles ha estado o están en su vida. Para ello, marcará con un aspa el SI, siempre que uno de esos acontecimientos se haya producido en su vida; de lo contrario, marcará el NO.

Sólo si ha rodeado el SI, señale en que medida le ha afectado. Para ello, marcará primero con una "X" el número que usted considere que representa mejor la intensidad con que le ha afectado, sabiendo que 0 significa nada, 1 un poco, 2 mucho y 3 muchísimo.

En segundo lugar, debe indicar además, si todavía le está afectando o si ya le ha dejado de afectar; en el primer caso, marcará la letra "A"; si le ha dejado de afectar o apenas le ha afectado marcará la letra "P".

	SI	NO	IINTENSIDAD				TIEMPO	
1. Etapa de búsqueda del primer empleo.	SI	NO	0	1	2	3	A	P
2. Situación de empleo eventual o subempleo.	SI	NO	0	1	2	3	A	P
3. Estar en paro.	SI	NO	0	1	2	3	A	P
4. Etapa de preparación profesional.	SI	NO	0	1	2	3	A	P
5. Hacer el servicio militar.	SI	NO	0	1	2	3	A	P
6. Presentarse a una entrevista de selección.	SI	NO	0	1	2	3	A	P
7. Presentarse a exámenes y/u oposiciones.	SI	NO	0	1	2	3	A	P
8. Competitividad laboral.	SI	NO	0	1	2	3	A	P
9. Subida constante del coste de la vida.	SI	NO	0	1	2	3	A	P
10. Situación económica propia o de la familia.	SI	NO	0	1	2	3	A	P
11. Deudas, préstamos, hipotecas.	SI	NO	0	1	2	3	A	P
12. Llegar tarde al trabajo, reuniones, entrevistas.	SI	NO	0	1	2	3	A	P
13. Relaciones con los demás compañeros, jefes.	SI	NO	0	1	2	3	A	P
14. Sobrecarga de tareas y funciones laborales.	SI	NO	0	1	2	3	A	P
15. Tipo de trabajo ( por lo ingrato que es ).	SI	NO	0	1	2	3	A	P
16. Horario de trabajo o cambio del mismo.	SI	NO	0	1	2	3	A	P
17. Ritmo de trabajo.	SI	NO	0	1	2	3	A	P
18. Ambiente físico de tu trabajo.	SI	NO	0	1	2	3	A	P
19. Desorganización del trabajo.	SI	NO	0	1	2	3	A	P
20. Que supervisen constantemente tu trabajo.	SI	NO	0	1	2	3	A	P
21. Interrupción constante del ritmo de trabajo.	SI	NO	0	1	2	3	A	P
22. Excesiva responsabilidad laboral.	SI	NO	0	1	2	3	A	P
23. Toma constante de decisiones importantes.	SI	NO	0	1	2	3	A	P
24. Falta de alicientes en el trabajo.	SI	NO	0	1	2	3	A	P
25. Trabajar ante un público exigente.	SI	NO	0	1	2	3	A	P
26. Limitación de tiempo para realizar el trabajo.	SI	NO	0	1	2	3	A	P
27. Pocas posibilidades de ascenso laboral.	SI	NO	0	1	2	3	A	P
28. Recibir constantes reproches de jefes o compañeros.	SI	NO	0	1	2	3	A	P
29. Existencia de enchufes en tu trabajo.	SI	NO	0	1	2	3	A	P
30. No poder realizar el trabajo como a uno le gustaría hacerlo.	SI	NO	0	1	2	3	A	P
31. Baja remuneración o disminución de ingresos.	SI	NO	0	1	2	3	A	P
32. Inseguridad en el puesto de trabajo.	SI	NO	0	1	2	3	A	P
33. Trabajar en algo para lo que no estás preparado.	SI	NO	0	1	2	3	A	P
34. Depender del coche u otro medio para ir a trabajar.	SI	NO	0	1	2	3	A	P
35. Vivir lejos de la familia.	SI	NO	0	1	2	3	A	P
36. Cambiar de lugar de residencia o ciudad por el trabajo.	SI	NO	0	1	2	3	A	P
37. Cambio de puesto de trabajo.	SI	NO	0	1	2	3	A	P
38. Período de baja laboral.	SI	NO	0	1	2	3	A	P
39. Viajar con frecuencia por razones laborales.	SI	NO	0	1	2	3	A	P
40. Implicación o influencia negativa de la familia en el trabajo.	SI	NO	0	1	2	3	A	P
41. Pérdida de autoridad.	SI	NO	0	1	2	3	A	P
42. Falta de reconocimiento de tu trabajo.	SI	NO	0	1	2	3	A	P
43. No haber conseguido los objetivos propuestos.	SI	NO	0	1	2	3	A	P
44. Fracaso profesional.	SI	NO	0	1	2	3	A	P
45. Éxito profesional alcanzado.	SI	NO	0	1	2	3	A	P
46. Tu futuro profesional.	SI	NO	0	1	2	3	A	P
47. Tener que hacer declaración a hacienda.	SI	NO	0	1	2	3	A	P
48. Etapa de preparación de las vacaciones.	SI	NO	0	1	2	3	A	P
49. Etapa de vuelta de vacaciones e incorporación al trabajo.	SI	NO	0	1	2	3	A	P
50. Cercanía de la jubilación	SI	NO	0	1	2	3	A	P